

LES
DERMITES DES NOURRISSONS
(ERYTHÈMES INFANTILES)

ETUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 novembre 1908 à 1 heure

PAR

MARCEL FERRAND

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Président	M. HUTINEL, professeur.
Juges.	MM. Alb. ROBIN, professeur.
	CASTAIGNE, agrégé.
	NOBÉCOURT, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G. JACQUES, EDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

LES
DERMITES DES NOURRISSONS
(ERYTHÈMES INFANTILES)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. LANDOUZY MM	
Anatomie		NICOLAS	
Physiologie		CH. RICHET	
Physique médicale		GARIEL	
Chimie organique et chimie minérale		A. GAUTIER	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD	
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD	
Pathologie médicale		DEJERINE	
		BRISSAUD	
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE	
Anatomie pathologique		CORNIL	
Histologie		PRENANT	
Opérations et appareils		QUENU	
Pharmacologie et matière médicale		G. POUCHET	
Thérapeutique		GILBERT	
Hygiène		CHANTEMESSE	
Médecine légale		THOINOT	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		Gilbert BALLET	
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER	
		DEBOVE	
Clinique médicale		LANDOUZY	
		HAYEM	
		DIEULAFOY	
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL	
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale			
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY	
		RAYMOND	
		LE DENTU	
Clinique chirurgicale		SEGOND	
		BERGER	
		RECLUS	
Clinique ophthalmologique		DE LAPERSONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN	
Clinique d'accouchements		PINARD	
		BAR	
Clinique gynécologique		POZZI	
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON	
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN	
Agrégés en exercice			
MM.	COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON	DUVAL	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BBUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ	MULON	

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LES DERMITES DES NOURRISSONS (ERYTHÈMES INFANTILES)

ETUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 novembre 1908 à 1 heure

PAR

MARCEL FERRAND

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris



Président	M. HUTINEL, professeur.
Juges.	MM. Alb. ROBIN, professeur.
	CASTAIGNE, agrégé.
	NOBÉCOURT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, EDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

- 1900-01 M. le Professeur agrégé LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,
M. le Professeur BERGER (*in memoriam*).
1901-02 MM. les Docteurs THIBIERGE, DARIER.
1902-03 M. le Professeur agrégé CHAUFFARD.

INTERNAT PROVISOIRE

- 1903-04 M. le Docteur SÉGLAS.

INTERNAT

- 1904-05 M. le Docteur JACQUET.
1905-06 M. le Docteur COURTOIS-SUFFIT.
1906-07 M. le Docteur DARIER.
1907-08 M. le Docteur VARIOT.
1907-08 M. le Professeur HUTINEL.

MM. les Professeurs agrégés RÉNON, BRINDEAU, GOSSET,
MM. les Docteurs NAGEOTTE, GASNE, FOURNIER, R. MARIE,
PAPILLON, AUCLAIR, RAVAUT.

A NOS MAITRES DANS LES LABORATOIRES

MM. les Professeurs agrégés MACAIGNE, NOBÉCOURT, MM. les
Docteurs J. HALLÉ, CIVATTE.

INTRODUCTION

L'étude des dermites communément désignées sous le nom d'*Erythèmes infantiles*, *Erythèmes des nouveau-nés* semble dès l'abord d'un intérêt restreint. On n'apporte pas d'ordinaire grande attention à ces *rougeurs* plus ou moins érodées et suintantes que présente un si grand nombre d'enfants. Aussi, pendant longtemps, les dermatologistes et les pédiâtres les ont négligées et s'en sont tenus aux descriptions anciennes.

Cependant ces éruptions sont d'une fréquence extrême ; leur apparition n'est pas un fait banal et sans signification. Il pouvait être intéressant de les comparer avec les affections cutanées de semblable apparence des enfants plus âgés et des adultes, de faire ou de reprendre leur étude histologique et bactériologique.

C'était là la première partie du travail que notre maître M. Hutinel nous avait conseillé.

Mais dès nos premières observations, nous avons été frappé de voir que, malgré la description précise et complète de M. Jacquet, l'une de ces dermites, *la variété papuleuse* était en général ignorée alors qu'elle est cependant, même pour le médecin le plus averti, d'un diagnostic difficile. Quelques-uns de ces érythèmes, en effet, sont d'aspect si nettement *sphiloïde*, les circonstances dans lesquelles ils se présentent, sont d'interprétation si délicate, qu'on en reste quelquefois déconcerté.

Lorsque l'enfant atteint d'Erythème papuleux est chétif, malingre ; qu'il offre certains symptômes, coryza, hypertrophie

de la rate, du testicule, etc., d'un caractère nullement spécifique, mais qui *peuvent* se voir également dans la syphilis héréditaire; lorsqu'enfin, ses antécédents sont inconnus, la constatation d'une éruption papuleuse syphiloïde contribue fréquemment à le faire considérer comme « suspect ».

Dans certains milieux — celui où nous avons observé, — il n'est pas de semaine où le problème ne soit posé, résolu à grand peine et le plus souvent, d'une façon peu satisfaisante. Ce diagnostic est pourtant d'une importance capitale, pour la *nourrice* d'abord, à laquelle, peut-être, il faudra que l'on confie l'enfant; pour *l'enfant* lui-même qu'il n'est pas indifférent d'avoir considéré et traité comme un hérédosyphilitique.

Nous nous sommes demandé si les renseignements que sont susceptibles de fournir l'*histologie* et la *bactériologie* de ces dermites papuleuses, si l'étude du *liquide céphalo-rachidien* de ces enfants (puisqu'on connaît la fréquence d'une réaction méningée dans les syphilis papuleuses acquises ou héréditaires), ne pouvaient être de quelque secours dans ces cas douteux. Le grand nombre des sujets qui passent chaque année aux Enfants-Assistés, la facilité des prélèvements biopsiques, la possibilité d'autopsies faites presque immédiatement après la mort, étaient pour ce travail des indications et des ressources.

Au cours de cette enquête histologique nous avons été surpris de voir que dans les éléments les plus syphiloïdes, les lésions observées étaient, déformées et exagérées, celles des Erythèmes simples. Celles-ci étaient d'un type suffisamment accentué pour qu'on puisse les reconnaître et les classer sans hésitation : les lésions *essentiels* des Erythèmes simples, des Erythèmes infantiles vésiculeux érosifs, étaient *identiques* aux lésions de l'*Eczéma*.

Cette constatation avait pour nous une valeur car elle éclairait la signification de ces Erythèmes et rendait compte des ressemblances *cliniques* qu'ils offrent avec certaines formes d'eczéma, avec certaines eczématisations.

Dès lors, ces *Erythèmes* n'étaient plus à nos yeux, une

affection de nature en quelque sorte indéterminée que l'on rangeait dans le groupe des « érythèmes » par respect pour une tradition que les travaux de M. Jacquet (1) s'étaient cependant efforcés de réviser. Ils se rapprochaient, M. Hutinel nous l'avait fait observer, des éruptions « d'origine interne », auto-toxiques ou toxi-infectieuses. Ils prenaient place à côté des eczématisations, des eczémas vulgaires. Ils en étaient chez le nourrisson l'équivalent.

Cliniquement et histologiquement, les dermites des nouveau-nés étaient *du type eczématiforme*.

Les mots *eczéma*, *eczématisation* ont subi des fortunes diverses. Comme le fait remarquer M. Darier dans son enseignement, le terme *eczéma* est pris à l'heure actuelle dans deux acceptions différentes.

Les uns, désignent sous ce nom un *aspect morphologique* et un *processus histologique* ou, en d'autres termes, une *réaction cutanée*.

D'autres, le prennent dans un sens *nosographique*, l'appliquent à une *maladie* définie, qu'on déclare même diathésique, c'est l'*eczéma-maladie*. Ils appellent alors *eczématisations* ou éruptions *eczématiformes* les affections cutanées qui présentent un aspect et des lésions analogues.

Nous n'avions pas à prendre position dans le débat ; et c'est pour qu'on ne puisse pas supposer que nous avons cherché à rapprocher les dermites des nourrissons de « l'eczéma-maladie » que nous nous sommes borné à la formule précédente.

La rougeur, la vésiculation, l'érosion, le suintement, la formation de squames et de croûtes, la distribution en nappes ou

1. « Comme désignation des inflammations cutanées simples, à prédilection fréquente pour le siège, qui tiennent une place importante dans la pathologie de la première enfance, le mot *érythème* est insuffisant : il correspond seulement à la *première* phase de ces dermatoses et doit faire place au mot *dermite*, convenablement qualifié suivant les cas et suivant le degré. Il s'agit bien là, en effet, de *dermites*, ou plus exactement encore de *dermo-épidermites*, etc. » L. JACQUET. *Dermites infantiles simples*, *Prat. dermat.* T. I, p. 714.

en placards à contours sinueux, sont des caractères communs à diverses affections cutanées. On peut admettre, cliniquement et histologiquement, un *processus eczématiforme*, des *syndromes eczématiformes*, qui relèvent des causes les plus variées. Nous avons voulu montrer que l'affection habituellement désignée sous le nom d'Erythème infantile, n'est qu'un de ces syndromes.

CHAPITRE PREMIER

DERMITES ECZEMATIFORMES

Dermites vésiculeuses et érosives.

Dermites érythémateuses simples.

ETUDE CLINIQUE

L'« érythème des nouveau-nés » est d'observation banale. Après VALLEIX (1), Trousseau et Delpech (2), Bouchut (3), etc., PARROT (4), sous le nom d'*érythème athrepsique* en a fait une description que SEVESTRE (5) et surtout M. JACQUET (6) ont reprise et précisée.

Dans ce même hospice des Enfants-assistés où ces trois derniers auteurs ont observé, nous avons pu vérifier l'exactitude de leurs affirmations. Aussi nous bornerons-nous à rappeler les apparences cliniques les plus habituelles de ces érup-

1. VALLEIX. Clinique des maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1838.

2. TROUSSEAU et DELPECH. Du muguet chez les enfants à la mamelle. *Journ. de médéc.* 1845.

3. BOUCHUT. Maladies du nouveau-né, 1883.

4. PARROT. L'athrepsie. Paris, 1877.

5. SEVESTRE. Etude de clinique infantile. Extrait du *Progrès médical* 1889.

6. L. JACQUET. Des syphiloïdes post-érosives, *Thèse*, Paris, 1888 et Dermites infantiles simples. *Traité des maladies de l'enfance*, GRANCHER, COMBY, MARFAN, 1898, t. IV, p. 456 et *Pratique dermatologique*, t. I, voir la bibliographie très complète de ces derniers articles.

tions, en soulignant au contraire leur ressemblance avec le processus eczématisque et en insistant sur les éléments de transition qui relient les dermites érosives les plus banales aux dermites papuleuses.

Les érythèmes simples (Dermites érythémateuse et vésiculo-érosive) sont de beaucoup les plus fréquents.

La *dermite simple; érythémateuse* (Jacquet) se montre d'abord. Au siège, à la partie postéro-inférieure du corps, « l'épiderme, rouge cerise, paraît tuméfié, œdémateux, chaud, lisse et luisant, comme vernissé. Il est rare qu'à ce degré quelques fissures, quelques excoriations suintantes, saignantes et douloureuses n'existent pas surtout aux plis ; les langes, alors, sont empesés par un suintement séro-fibrineux, et l'enfant agité, énervé, souffre et crie. Ce sont là les degrés extrêmes. Tous les intermédiaires existent entre la simple rougeur et l'hyperémie presque généralisée ».

Sous l'influence d'un traitement simple, d'une modification heureuse dans l'alimentation, la rougeur s'efface, la dermite s'atténue.

D'autre fois des *vésicules* ou des *érosions* apparaissent (dermites vésiculo-érosives).

Les *vésicules* s'observent surtout sur les faces antérieure et externe des membres inférieurs, dans les régions les moins exposées aux frottements. Petites, serrées, hémisphériques, claires ou s'élevant en fines saillies grisâtres sur le fond de dermite sous-jacente, elles avortent, évoluent, se rompent, s'infectent secondairement, sont éliminées sous forme de croûtelles jaunâtres.

Dans les régions convexes, elles se rompent sitôt nées, ou même elles n'ont pas le temps de se former et à leur place « on voit de petites *érosions* d'un rouge vif, groupées en nombre variable, cinq, dix, quinze ou davantage, tantôt punctiformes, tantôt de la dimension d'une lentille, arrondies ou polycycliques par réunion de deux ou plusieurs éléments juxtaposés ».

« La dermite vésiculeuse présente d'ailleurs les mêmes loca-

lisations que l'érythème simple : si le *siège* et le plan postéro-inférieur du corps, y compris le *podex* (scrotum, vulve, périnée) qu'elle tuméfie, et creuse d'érosions vermiculées, ont ses préférences, elle n'est pas exceptionnelle au tronc et peut se voir à la face. Mais là, elle reste pure, peu ou pas œdémateuse et jamais érosive » (Jacquet).

L'état inflammatoire du derme et de l'épiderme, avec rougeur, chaleur, tension des téguments, est souvent d'une extrême acuité, et reproduit l'aspect des eczémas aigus. Sous la chaleur des langes, le siège, les membres inférieurs à la réserve d'une mince bande antéro-externe, les aines, les parties génitales, la partie inférieure de l'abdomen, présentent une rougeur vive, œdémateuse, luisante, abondamment suintante. Toute cette surface comme mise à nu, est parsemée d'érosions de couleur rouge sombre, bien limitées, à bords nets : *piqueté* presque sanglant ou *granité* à grains de dimensions diverses, laissant suinter de leurs multiples pertuis des gouttelettes saillantes, hémisphériques, qui se réunissent et produisent l'aspect vernissé de la surface tout entière.

La *congestion dermique* est pour une bonne part dans cet aspect. Dès que les régions atteintes ont été quelque temps découvertes, la teinte rouge vif diminue d'intensité et se circonscrit, l'exsudation s'arrête. Les téguments restent un peu épaissis, d'un plissement difficile. Aux fesses, particulièrement dans leur partie convexe, on note parfois une véritable induration œdémateuse, une sensation d'empâtement toute particulière.

Quand la *poussée se calme*, l'aspect œdémateux, tendu, disparaît ; la saillie des téguments s'atténue, la coloration devient moins vive. La périphérie de la nappe régresse rapidement et sa limite devient sinueuse. Puis, la nappe se morcèle et quelques points s'épidermisent. Une très fine desquamation jaune ou blanche, très irrégulière, fragmentée, apparaît. Sur les parties saillantes des cuisses et des fesses, cette desquamation manque ou est à peine apparente : tout l'épiderme vieilli a été balayé par les frottements et par l'exsudation. Un *plisse-*

ment fin, à plis parallèles, s'observe, accentué surtout dans les régions qui ont été le plus œdémateuses. Les érosions s'aperçoivent encore sous forme de petites surfaces un peu plus foncées que la peau environnante, mais planes, luisantes, recouvertes d'un épiderme renouvelé encore mince. Aux cris de l'enfant, ces régions se foncent, la nappe autrefois érythémateuse devient violacée, paraît se tendre de nouveau. Puis, tout se sèche définitivement et s'épidermise. En huit, quinze jours, souvent moins, quelquefois plus, l'évolution est terminée.

Quand la poussée congestive est *intense*, quand l'exsudation est considérable, tout le plan postéro-inférieur du corps peut être ainsi érodé et suintant *sans que la vésiculation soit apparente*. Mais le plus souvent, surtout aux membres inférieurs et dans les points où la couche cornée est résistante, la vésiculation est bien dessinée et persiste longtemps. A titre exceptionnel, on peut la retrouver non seulement comme l'indique M. Jacquet, à la périphérie du siège, mais *en pleine fesse*, lorsqu'on assiste au début de l'éruption, ou bien lorsque la rougeur inflammatoire qui l'accompagne, est très peu marquée. Le plus souvent, il s'agit alors d'une première poussée survenant chez des enfants de quelques jours : la couche cornée jamais entamée jusque là, résiste plus longtemps. Mais ces vésicules n'ont que quelques heures d'existence et rapidement elles se rompent.

A la face externe de la cuisse et surtout de la jambe, sur les bords du pied et sur la plante, elles persistent quatre, cinq, dix jours. Quelques-unes même ne paraissent pas se rompre ; elles se flétrissent, leur toit se ride, leur contenu se condense, devient granuleux et quand leur revêtement superficiel tombe, l'érosion sous-jacente est déjà recouverte d'un épiderme mince, mais reconstitué.

C'est aux bords de l'éruption que cette transformation se voit le plus fréquemment. Ces bords sont limités par une ligne extrêmement sinueuse, accentuée par une desquamation jaunâtre, moins fragmentée qu'au siège, quelquefois finement croûteuse. A quelque distance, on voit souvent, *en peau*

saine, des *éléments isolés* ou par petits groupes, semblables à ceux qui parsèment la nappe érythémateuse. Ils sont comme eux, de toutes les tailles, ne dépassant pas cependant le volume d'un grain de millet ou d'une très petite lentille. Ils sont transparents d'abord, puis louches ; ils s'évacuent ou se flétrissent. Leur *origine* est éclairée par l'observation suivie des malades. En effet, la région sur laquelle ils se développent, est primitivement englobée dans la nappe commune ; la dermo-épidermite en régressant, a laissé ces vésicules qui semblent désormais *aberrantes*, comme seul témoin de son existence. Quelques-uns de ces éléments, souvent les plus volumineux, *s'infectent secondairement*. Ils s'entourent alors d'un mince halo inflammatoire carminé, deviennent plus saillants, plus acuminés. Centrés ou non par un follicule, ils représentent des éléments disséminés de *pyodermite vulgaire*.

Dans la nappe même où les contacts, la macération détruisent rapidement les couches superficielles, il est rare que la vésicule ait le temps de s'infecter assez vite pour pouvoir se transformer en pustule avant sa rupture. *Au siège* en particulier, *l'infection est d'une extrême rareté*. Parmi les nombreux enfants que nous avons examinés, deux seulement présentaient dans cette région de petites *ulcérations* à fond recouvert d'un mince exsudat purulent. Il fallait gagner le sacrum, les lombes, les cuisses, pour trouver des ulcérations suppurantes bien nettes avec leur physionomie habituelle. Chez un autre enfant, plus âgé, qui présentait dans les régions sacrée et fessière, un véritable *revêtement* de poils et de follets, nous avons vu au centre de la fesse, un semis de petites pustules péri-folliculaires d'impétigo de Bockhardt. Cette localisation exceptionnelle d'une infection d'ailleurs toute superficielle, avait demandé pour se produire deux conditions particulières : l'âge plus avancé du sujet, un tégument anormal.

*
* .

Les dermites eczématiformes que nous venons de voir cor-

respondent à l'érythème *athrepsique* de Parrot. Sevestre, Jacquet et d'autres, ont fait remarquer « qu'on voit des enfants vigoureux, nullement athrepsiques, présenter un érythème intense et même lent à disparaître » (1). M. Jacquet a établi de plus, que la variété papuleuse floride ne s'observait que chez de beaux enfants. D'après notre observation, nous serions tenté d'appliquer également cette remarque à l'érythème simple. *Chez les enfants cachectiques*, l'érythème très tenace, peut être rouge, violacé et étendu ; presque toujours il est plan. Les formes œdémateuses, congestives et suintantes sont rares. Surtout, les *modifications* incessantes qui se produisent pour ainsi dire d'heure en heure au plus fort de la poussée chez les enfants normaux, et qui dépendent des variations de la congestion dermique, ne s'observent guère. Bien plus, quand un enfant porteur d'un érythème érosif très congestif, subit un fléchissement même passager de son état de santé habituel, l'érythème immédiatement s'affaisse, ne suinte plus, s'assombrit, se flétrit. C'est là, d'ailleurs, un phénomène d'observation courante dans les fièvres éruptives : lorsque survient au cours de l'exanthème une complication grave, l'éruption se fane et disparaît.

Chez quelques enfants, la légère érosion qui succède à la vésicule, peut se creuser davantage. Au centre de la région fessière, les *ulcérations*, nous l'avons vu, sont rares et restent habituellement assez superficielles. Sur les parties latérales des fesses, sur les cuisses, et surtout dans les *plis de flexion* toujours si profonds, elles sont plus fréquentes. On observe alors des ulcérations irrégulières ou figurées, à bords nets, fissurées suivant la longueur de ces plis et qui suppurent assez longtemps. Leur fond est creux, anfractueux ; leurs bords exhaussés, presque à pic, reposent sur une base un peu saillante, rose, d'aspect inflammatoire. Leur transformation en ulcères persistants, serpigineux, est l'exception ; elle ne se voit

1. SEVESTRE. Des érythèmes fessiers du premier âge. *Sem. médic.*, 1887, p. 417.

guère que chez les sujets profondément débilités, et leur pronostic est sévère. Nous n'avons observé cette complication que deux fois. Il peut se faire enfin que l'infiltration purulente tout en restant localisée, gagne en profondeur. Il se forme alors des *abcès intra et sous-dermiques*, bien circonscrits, d'allures subaiguës, qui revêtent l'apparence de petites gommes sous-cutanées.

C'est sur ce même fond de dermo-épidermite que se creusent, dans le *sillon rétro-auriculaire*, les *plaques* décrites par Parrot comme un des signes de l'athrepsie. Une rougeur limitée, bientôt oedémateuse et suintante, s'observe d'abord. Entre le pavillon de l'oreille et les téguments du crâne, une érosion linéaire se produit, devient une *fissure*, cependant que la dénudation épidermique et la réaction du derme gagnent en surface, forment des *nappes* blanches, nacrées, luisantes, suppurantes quelquefois, limitées par un bord net, un peu saillant, reposant sur une base rouge. De tous points semblables à certaines *plaques morquenses des plis*, elles n'en diffèrent guère que par leur mode de début un peu spécial et par leur résistance au traitement spécifique.

Le processus de formation des *plaques malléolaires, talonnières*, également dites athrepsiques, est entièrement superposable. Ce sont d'abord des érosions banales, *localisées* par des frottements et des pressions répétés, au talon, aux malléoles, etc., comme l'avait observé Parrot. Elles se creusent de plus en plus, peuvent atteindre l'hypoderme. Elles cèdent en général très vite par un simple pansement protecteur. Nous avons pu observer toutes les transitions entre ces plaques et des éléments de plus en plus superficiels, à mesure qu'on s'éloignait des malléoles pour atteindre les cuisses.

Aux plis de l'aîne, dans les sillons génito-crural, interfessier, axillaire, les surfaces rouges, fissurées, suintantes et macérées qu'on décrit sous le nom d'*intertrigo*, nous paraissent relever d'une dermo-épidermite banale qui doit à son siège quelques caractères spéciaux. « Quant à ses rapports avec les autres dermites infantiles, dit M. Jacquet, je suis impuissant à combler

cette lacune ; il me paraît toutefois qu'il y a entre ces diverses lésions des points de contact et des différences. Toutes sont des variétés de dermite simple et leur anatomie pathologique doit être fort voisine. Les dermites diffuses débutent souvent par de l'intertrigo, et, en tout cas, quand elles envahissent les plis, ont en ces régions une physionomie fort semblables ». Trois de nos observations sont l'illustration de cette opinion que confirment nos examens anatomiques. Simple rougeur d'abord, légère tuméfaction dermique ensuite. Près du pli, macération débutante ; surface vernissée d'un rose très délicat, humidité plus que suintement ; puis, desquamation et reliquat sous forme d'une nappe érythémateuse sèche : telles sont les formes très légères.

Parallèlement ou non, évolue un érythème fessier plus ou moins intense. Donc, aucune fissuration, aucune infection *pré-alables*. Ce n'est que *secondairement* et quelquefois longtemps après, que les hôtes microbiens habituels de la peau se développent sur des téguments devenus érosifs et suintants et les modifient plus profondément. Les surfaces deviennent alors fissurées, ulcérées, suppurantes : c'est là une complication ordinairement sans gravité d'une dermo-épidermite banale, et d'ailleurs exceptionnelle chez le nourrisson.

*
* *

En dehors des complications que nous venons de voir et qui sont accidentelles, *les éruptions désignées sous le nom d'érythème infantile*, simple, vésiculeux ou érosif, ont donc des caractères très voisins de ceux de toute *eczématisation*, de tout *eczéma* aigu ou subaigu : ce sont des *dermites eczématiformes*.

On a pu retrouver dans les pages précédentes, les différents stades évolutifs qu'on décrit dans l'eczéma le plus typique : *rougeur et vésiculation ; rupture des vésicules, suintement, croûtes ; éviction du séquestre épithélial et des éléments micro-*

cocciques; cessation du flux, état vernissé, rouge, exfoliation, desquamation, réparation (1).

Nous verrons que l'étude *histologique* de ces dermites, confirme cette impression (2).

1. E. BESNIER. *Art. Eczéma. Prat. Dermat, t. II.*

2. Dans un tout récent article (*Arch. générales de médecine des enfants*, février 1908). M. Moussous décrit un type d'érythème auquel il croit qu'on doit réserver, parmi les autres variétés, une place à part. Il s'agit de la *coexistence d'un eczéma séborrhéique de la face et d'un érythème de type spécial*.

L'éruption est composée de « placards érythémateux légèrement saillants, surmontés d'une couche épidermique proliférante et en exfoliation. Ils ne succèdent jamais à des formations vésiculeuses et sont au contraire constamment secs ».

De la région fessière, ils s'étendent rapidement de proche en proche et peuvent envahir toute la surface du corps. Chez ces enfants, il existe invariablement « de la séborrhée au niveau du cuir chevelu ou même souvent aussi au niveau du front, dans la région sourcilière ou sur d'autres points de la face ». Cet érythème « persiste avec une ténacité désespérante, subissant même à certains jours des exaspérations inopinées que rien ne semble motiver ».

Il ne nous semble pas utile d'insister davantage sur cette forme que M. Moussous a voulu individualiser. Pour nous, les érythèmes limités à la région fessière, les érythèmes presque généralisés pouvant atteindre la face, sont simplement des dermo-épidermites vulgaires variant d'étendue et d'intensité et présentant seulement, à la face en particulier, des modifications régionales sans importance foncière.

CHAPITRE II

DERMITE PAPULEUSE

[**Erythème papuleux**, puis syphilide lenticulaire (Parrot) ;
Syphiloïde post-érosive, puis dermite papuleuse (Jacquet)].

ETUDE CLINIQUE

Dans leurs formes types, les *dermites papuleuses* paraissent tellement différentes des dermites érosives, que Parrot avait pu décrire à côté de l'érythème vésiculeux et *sans relation* avec lui, une autre espèce d'érythème, l'*érythème papuleux*.

« L'éruption, exceptionnelle chez les nouveau-nés, s'observe surtout après 3 mois et jusqu'à 1 an. Elle occupe le même *siège* que l'érythème de l'athrepsie et peut dans quelques cas être confondue avec lui. Elle est constituée par des *papules* généralement un peu aplaties, dont la largeur varie depuis celle d'une petite tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille, d'un rose brunâtre ou violacé, plus rouges et plus lisses à leur contour où l'épiderme est luisant et semble très aminci. Entre elles, la peau est saine où parsemée de taches d'un brun plus ou moins foncé, dont quelques-unes encore un peu saillantes, semblent être le dernier vestige de papules en voie de décroissance. On les trouve au pourtour de l'anus, sur les fesses, à la partie supérieure et postérieure des cuisses, sur le scrotum et les grandes lèvres. Leur nombre est très variable, quelquefois l'on n'en compte que quatre ou cinq, mais il est des cas où elles sont

beaucoup plus nombreuses sans être jamais confluentes. *Elles ne s'accompagnent pas d'adénite inguinale*, et il est tout à fait exceptionnel qu'on observe en même temps une ou plusieurs variétés de l'érythème vésiculeux. Quand les malades guérissent, les papules s'affaissent avec une *lenteur remarquable*. Longtemps après qu'elles ont disparu, on trouve une tache brune à la place qu'elles occupaient » (1).

Plus tard, Parrot rangea l'érythème papuleux à côté des plaques muqueuses et des plaques cutanées, dans le groupe des *syphilides en plaques*. « Entraîné par le courant qui lui fit voir dans le *rachitis* une lésion syphilitique, il modifia son opinion primitive, et l'érythème papuleux devint la *syphilide lenticulaire* en même temps que la description qu'il en donnait devenait plus précise, plus claire, trop schématique peut-être » (Jacquet).

« C'est, dit-il, après la syphilide bulleuse, la plus simple, la plus nette, la plus facile à reconnaître.... Elle consiste en *sailles lenticulaires*, très aplaties ou demi-sphéroïdales, n'ayant jamais plus de un centimètre de largeur, violacées ou rouge cerise. Leur centre, dont l'épiderme est aminci, plus lisse et plus luisant qu'à la périphérie, est rarement excorié, suintant, déprimé et circonscrit par une collerette épidermique. Leur *distribution* a quelque chose de caractéristique, étant exclusivement groupées sous forme d'îlots sur quatre régions qu'isolent certains plis du tégument, d'autant plus profonds que les enfants sont plus gros. Ce sont : la fesse, la moitié supérieure de la cuisse, sa moitié inférieure et le mollet.... Dans chacune de ces régions, c'est la partie *centrale* qui présente les lésions les plus accentuées. Les papules y sont plus larges, plus saillantes et plus nombreuses qu'à la périphérie où, par une décroissance successive, elles dégénèrent en de simples taches. *Il n'y en a jamais sur la peau des sillons* » (2).

Objectivement, cette description est parfaitement exacte.

1. PARROT. *L'athrepsie*.

2. PARROT. *Syphilis héréditaire et rachitis*, p. 39.

Elle n'a que le défaut de représenter l'éruption à un *stade* seulement de son évolution. Alors que le plus grand nombre des auteurs l'admettait, et, tel Diday, se bornait à la reproduire, M. Jacquet bientôt suivi par Sevestre, Fournier, Moussous, etc., découvre que les érosions consécutives à l'érythème vésiculeux sont fréquemment l'origine de papules ayant absolument l'aspect de la syphilis lenticulaire de Parrot. Il donne à l'éruption successivement le nom d'*érythème papuleux*, *fessier*, *post-érosif*, puis, de *syphiloïde post-érosive*, voulant ainsi exprimer deux choses : « l'analogie d'aspect des pseudo-papules avec les syphilides, et leur origine spéciale ». Reprenant cette question plusieurs années après, il décrit cette même éruption sous le nom de *dermite papuleuse*.

« Cette prétendue syphilide, dit-il, est *toujours* la suite, le reliquat d'un érythème *vésiculeux simple* grâce à la série des transformations suivantes : 1° Erythème vésiculeux des régions postérieures ; 2° éclatement des vésicules laissant à nu des érosions dermiques plus ou moins agrandies, ordinairement isolées, arrondies, à fond rouge vif, saignant (érosions post-vésiculeuses) ; 3° bourgeonnement du derme ainsi mis à nu et formation parfois très rapide, favorisée sans doute par les contacts irritants, de pseudo-papules (papules par bourgeonnement dermique), ressemblant à celles de la syphilis et reproduisant exactement la forme, les dimensions et la localisation de l'érosion initiale...

« Si maintenant, aidé de ces notions, l'on se reporte à la description de Parrot, on constatera, je pense, que sa teneur s'éclaire : on trouvera tout simple que la peau, après cette prétendue syphilide « semble épuisée pour la végétation » ; que, « presque toujours, elle guérisse spontanément et qu'avec elle s'éteigne d'une façon définitive l'activité diathésique » ; qu'elle ait des sièges de prédilection aussi fixes, qu'elle respecte les sillons cutanés, puisque comme on l'a vu, ils sont d'ordinaire indemnes d'érosions post-vésiculeuses ».

Enfin, complétant le tableau, M. Jacquet note que les faits typiques, schématiques sont rares : « ceux qu'on observe d'or-

dinaire sont à la fois plus complexes et moins nets. D'une part, on note, aux points d'élection, des papules avortées, des semis papuleux, coexistant avec de la rougeur plus ou moins œdémateuse de certaines régions; avec des érosions de divers degrés, soit toutes fraîches, saignantes ou suintantes, soit déjà recouvertes d'un épiderme rouge vif ou luisant; enfin, avec des vésicules ou déjà desséchées ou encore succulentes et qu'on retrouve surtout aux limites du mal, sur les plaques érythémateuses aberrantes du tronc ou de la face. A cet ensemble on pourrait donner le nom de *Dermite complexe ou mixte* : elle est une des variétés fréquentes ».

*
* *

M. Jacquet rapporte dans sa thèse, sept observations de syphiloïdes post-érosives. D'autres, en petit nombre, et pour la plupart très résumées ont été publiées par Sevestre, Cadet de Gassicourt, Ferréol (1), Aubert, etc. M. Jacquet considère d'ailleurs la variété papuleuse comme rare.

Sur les 2000 enfants au-dessous de 2 ans, entrés aux Enfants Assistés, en 8 mois, nous en avons rencontré une soixantaine de cas environ. Nous donnons ci-joint la plupart de ces observations à titre de document. Le fond en étant souvent le même, nous n'avons développé que les plus typiques ou celles qui relataient un détail clinique ou anatomique intéressant.

Il nous a paru superflu après les travaux de Parrot, de Jacquet, de Sevestre, d'en faire une description d'ensemble.

Il nous a semblé utile cependant d'en préciser davantage certains traits, d'étudier plus complètement leur symptomatologie et leur évolution, et surtout d'*insister sur les formes de passage* qui relient entre elles, les dermites érosives et les dermites papuleuses.

1. Discussion sur la communication de SEVESTRE. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1887, p. 450.

Ces formes sont très fréquentes et importantes à connaître.

Dans la région fessière, à la partie postéro-inférieure des cuisses, nous l'avons vu, les érythèmes les plus simples ont une tendance congestive marquée. Il en résulte que les éléments érosifs offrent fréquemment une apparence un peu spéciale qui ne nous semble pas avoir été suffisamment décrite. Leur mode d'apparition, leur aspect, leur évolution permettent cependant de comprendre aisément la formation des dermites papuleuses. Nous allons voir que l'*érosion à minime base congestive* représente la *forme de transition habituelle* entre les éléments *érosifs simples* et les éléments *papuleux* les plus typiques.

*
* *

On peut dire qu'il n'est pas de dermites vésiculo-érosives un peu intenses qui ne présentent de *petits éléments papuleux en miniature*.

A côté des érosions banales, simples points rouge sombre tranchant sur la coloration plus claire du fond de l'éruption, d'autres s'observent, entourées d'une mince zone pâle ; d'autres enfin, un peu plus larges, un peu plus érodées, recouvertes d'une gouttelette séreuse, sont entourées d'un léger bourrelet.

Si la rougeur congestive de la nappe est intense, ce bourrelet clair s'aperçoit difficilement, la nappe environnante déjà légèrement œdémateuse ne permet plus à l'élément de s'isoler en relief. Des érosions plus larges, de deux à quatre millimètres, formées quelquefois par la coalescence de plusieurs érosions minuscules, subissent pendant ce temps la même transformation. Quelquefois à peine saillantes, donnant au doigt une sensation de résistance douce, *veloutée*, elles peuvent acquérir une *base œdémateuse* plus importante et la *papulation* est alors manifeste. Aucune induration encore : l'impression de résistance élastique d'un œdème un peu tendu. Tous ces éléments s'*affaissent* sous une pression un peu forte et disparaissent presque com-

plètement. Une pression exercée à la périphérie avec deux doigts, en supprime la saillie, le bourrelet périphérique ; le centre de l'élément est anémié très notablement et rendu à peine visible.

L'infiltration œdémateuse, minime ou plus accentuée, ne fait ainsi que soulever l'élément existant et en reproduit la forme.

Si la poussée congestive s'exagère, les saillies formées atteignent 2, 4, 5 mill. de hauteur. Tous les caractères précédents se retrouvent, considérablement développés. Ce sont de



Fig. 1. — *Dermite papuleuse syphiloïde à larges éléments érosifs.*

volumineuses *papules* (fig. 1), fermes, élastiques, ne disparaissant qu'en partie sous une pression prolongée. Elles sont d'un rouge assez clair, à sommet décapité et remplacé par une surface rouge foncé, luisante, plane ou légèrement irrégulière, parfois un peu creuse. Au centre, l'épiderme fait défaut, le derme apparaît, à nu. A la périphérie, on observe un *halo blanchâtre*, à peine rosé, anémié, rappelant la coloration et

l'aspect de l'urticaire. L'épidermisation du sommet ne tarde pas en général à se faire. En même temps l'élément commence à s'affaïsser, laissant apparaître un « *plissement* épidermique rayonné, à plis très fins et parallèles » que M. Jacquet a signalé (*Thèse*, p. 23). Ce plissement est de nature identique à celui qui succède aux nappes fortement tendues des dermites simples ou érosives.

En quelques heures, un, deux jours, ces transformations s'accomplissent. Il est fort aisé de les suivre sur un même élément, plus aisé encore de les vérifier immédiatement, sur plusieurs éléments voisins qui montrent souvent côte à côte les différents stades que nous venons de décrire.

Nous n'avons vu que deux fois se produire sous nos yeux une papulation *forte*. La veille au soir, les enfants ne présentaient qu'un érythème assez léger. Le lendemain matin, des papules saillantes de 2 à 3 mill. de hauteur étaient apparues. Ces deux observations sont comparables à l'obs. I de la thèse de M. Jacquet.

La *petite papule à base œdémateuse*, au contraire, d'observation beaucoup plus courante, apparaît fréquemment entre deux examens et, plusieurs fois, nous l'avons vue, *en quelques heures*, se produire et disparaître, sans laisser de traces.

Les papules volumineuses durent plus longtemps, 4, 6, 8 jours en général ; 10 ou 15 jours au maximum et dans des cas assez rares. Par suite de la rénovation hâtive de l'épiderme à leur sommet, elles présentent quelquefois un petit *disque* blanchâtre, laiteux, d'apparence *corné*, que l'ongle effrite ou détache en totalité. L'un de nos cas reproduit fort nettement cet aspect décrit pour la première fois par Sevestre (1).

Lorsque ces papules se sont recouvertes d'un épiderme normal, que leur saillie s'est affaïssée, elles n'apparaissent plus que sous la forme de *macules* rougeâtres, devenant facilement violacées lorsque l'enfant crie ; puis, ces macules dis-

1. SEVESTRE. *Études de clinique infantile*, 1889, p. 37.

paraissent à leur tour. Jamais on n'observe à leur suite, ces taches lisses, déprimées et livides qui souvent persistent des semaines et des mois après la fonte d'une papule syphilitique.

C'est au *centre* des fesses que les papules sont le plus saillantes. Dans la *rainure interfessière*, au voisinage de l'anus, elles sont généralement bien dessinées, mais petites : le plus souvent elles ont une base congestive peu importante et sont fort peu indurées. Sur les *plis radiés*, elles revêtent leurs caractères habituels.

Sevestre a constaté leur présence dans la *région crurale antérieure*. Dans un de nos cas, on en observait également une dizaine à la partie inférieure de *l'abdomen*.

Sur le *scrotum*, le *prépuce*, les papules n'ont pas les proportions considérables qu'elles atteignent aux fesses. Elles sont larges, peu saillantes, à base œdémateuse, d'un rose tendre et s'accompagnent souvent d'un *œdème de voisinage*, important quelquefois au point de déformer la région.

Sur la *vulve*, à la face externe des grandes lèvres, elles sont plus larges encore, véritables cônes tronqués à base plus ou moins indurée. La description d'un de ces éléments isolés, pourrait se juxtaposer presque exactement à celle d'une *plaque muqueuse* un peu hypertrophique : dans deux observations, nous notons deux ou trois plaques ovalaires de 6 à 8 mill. de diamètre, à bords surélevés et indurés, à centre légèrement déprimé, de couleur rouge brun, éteint, presque jambonné, présentant à leur pourtour une induration assez ferme. Ajoutons que dans cette région, les papules bien développées ont une *durée inaccoutumée*, ce qui augmente encore la difficulté du diagnostic.

La tendance à la formation de *nappes papuleuses*, par la réunion d'éléments papuleux ; les poussées papuleuses *successives*, ont été bien décrites. Rappelons seulement que ces nappes peuvent se former spontanément, par le soulèvement d'une

région déterminée, *sans avoir été précédées* de formations papuleuses isolées. De plus, il peut arriver qu'en *retrocédant*, les éléments papuleux se fondent en une nappe unique, de saillie beaucoup moins considérable que celle de chacun d'eux pris en particulier ; puis, en dernier lieu, la nappe s'affaisse et la guérison se produit.

Ce fait s'observe d'une façon habituelle, quand, en pleine éruption papuleuse, l'enfant jusque-là bien portant tombe malade. Il se passe ici, sur ces éléments saillants, ce que nous avons observé déjà à propos des érythèmes simples. La saillie s'efface, l'induration semble plus ferme, moins élastique. Il semble y avoir diminution, mais surtout *condensation* de l'élément ou de la nappe papuleuse. On observe alors des nappes ou des placards résistants, *cartonnés*, qu'on ne peut plisser. La surface est creusée d'érosions superficielles, d'un rouge violacé, vineux.

Si, chez un enfant *déjà malade*, une poussée d'érythème papuleux vient à se produire, l'éruption prend souvent, d'emblée, les caractères que nous venons de signaler. On assiste à la formation rapide ou brusque de placards allongés transversalement ou quadrangulaires, à bords bien limités, donnant une impression de résistance *parcheminée* (1). Le soulèvement papuleux en nappe ou en éléments isolés se fait encore dans ces cas, sous la poussée congestive, mais il n'acquiert pas son développement habituel, son apparence vivace et floride : l'œdème surtout y paraît beaucoup moins intense.

Enfin Parrot signale dans sa description l'*absence d'adénite inguinale*. Nous sommes surpris de cette observation : nous avons trouvé en effet, dans plus de la moitié de nos cas, des ganglions durs, mobiles, dans les aines, beaucoup plus rarement de la polyadénite. Mais nous avons rencontré presque

1. On trouve mention de cet aspect dans une observation de GILLET citée par AUBERT (*Th. Bordeaux*, 1893). « Eryth. vésiculeux érosif suivi de cellulite sous-cutanée » (cas. 7).

aussi souvent de semblables adénites chez des enfants, même âgés de quelques jours, et qui ne présentaient que des érythèmes simples fortement érosifs ou très atténués.

*
* *

Nous venons d'étudier les différents aspects que l'on peut observer lorsque, sous l'influence d'un *œdème* et d'une *congestion dermiques* intenses, des éléments érosifs simples *deviennent* papuleux. Nous les avons représentés avec quelque détail, car nos examens anatomiques qui montrent les divers stades de cette transformation, seraient sans cela moins facilement compréhensibles.

Nous avons insisté également sur le rôle de la congestion et de l'œdème dermiques, non seulement parce que nous les retrouvons dans toutes nos préparations, mais parce que, même cliniquement, ils nous ont paru *expliquer* suffisamment les multiples apparences que nous rencontrions et les *relier* entre elles.

Nous avons vu, au chapitre précédent, cet œdème et cette congestion exagérer les caractères habituels des dermo-épidermites, produire les *nappes* tendues, fissurées, suintantes et douloureuses; soulever en *saillies* disséminées et à peine appréciables des éléments érosifs isolés. Ce sont eux encore qui forment les petites papules à *base œdémateuse*, tout à fait éphémères, les papules plus *volumineuses*, plus *résistantes*, qui disparaissent en deux ou trois jours, enfin les papules *indurées*, fortement saillantes, beaucoup plus durables, qui constituent l'érythème papuleux *typique*, la syphilide lenticulaire de Parrot.

Nous répétons que M. Jacquet a eu le mérite d'établir le premier la dépendance des deux éruptions artificiellement séparées par Parrot : l'érythème vésiculeux, l'érythème papuleux. Pour expliquer le passage du premier au second, la formation de la papule post-érosive, il invoque un « bourgeonnement dermique ». Nous ne voulons pas chercher si ce mot imagé corres-

pond plus ou moins fidèlement à la réalité d'un processus anatomique qu'on n'invoque pas, d'ordinaire, pour expliquer la papule de dimensions beaucoup plus restreintes, mais *anatomiquement et dans ses caractères essentiels*, de même nature, du prurigo simplex ou de l'eczéma papuleux.

Il nous semble aussi vrai de dire que probablement *à la suite* d'une érosion, et sous l'influence d'une cause inconnue, les caractères habituels de toute dermo-épidermite, surtout l'œdème et la congestion papillaires prennent un développement remarquable et transforment l'éruption jusqu'à la rendre presque méconnaissable. Nous retrouverons dans tous nos cas, par l'analyse histologique, ce fait fondamental.

CHAPITRE III

ETUDE HISTOLOGIQUE

Nous nous proposons dans ce chapitre l'étude histologique des différentes variétés de dermites infantiles.

Nous voudrions montrer que toutes les formes de ces « érythèmes » sont anatomiquement des *dermo-épidermites*. Leur dénomination ancienne est donc absolument défectueuse ainsi que l'a fait remarquer M. Jacquet : l'élément *rougeur* étant sans importance devant les réactions du derme et de l'épiderme qui lui succèdent.

De plus, il sera facile de se convaincre que, d'une part, les érythèmes simples, vésiculeux, érosifs, offrent histologiquement tous les caractères des lésions *eczématiformes* ; et que, d'autre part, les érythèmes papuleux dérivent directement des variétés précédentes dont ils présentent, exagérés, tous les caractères anatomiques essentiels.

Cette étude, nous le verrons, peut avoir des résultats pratiques. En présence d'une éruption d'aspect si nettement syphiloïde que le diagnostic reste en suspens, on peut être amené comme dernière ressource à une *biopsie* qui permettra l'examen histologique du fragment et la recherche du tréponème dans les coupes. Mais ces coupes, il faudra pouvoir les interpréter et c'est pour cela que l'étude histologique de ces différentes éruptions, en fixant leurs caractères communs, en établissant entre elles l'existence de termes de passage, en montrant combien est banale, non spécifique, la papule la plus syphiloïde cliniquement, nous a semblé utile.

Nous avons par de nombreux examens biopsiques étudié les différents aspects anatomiques que revêtent les dermites des nourrissons *suivant les régions qu'elles atteignent et suivant les phases de leur évolution*. Nous espérons montrer que leur ressemblance avec les éruptions eczématiformes dont nous avons cru pouvoir établir cliniquement la réalité, se poursuit anatomiquement jusque dans le détail.

Dermite érythémateuse, simple.

On l'observe fréquemment, à son début et non encore modifiée, sur le haut des cuisses, près de l'aîne. C'est une nappe

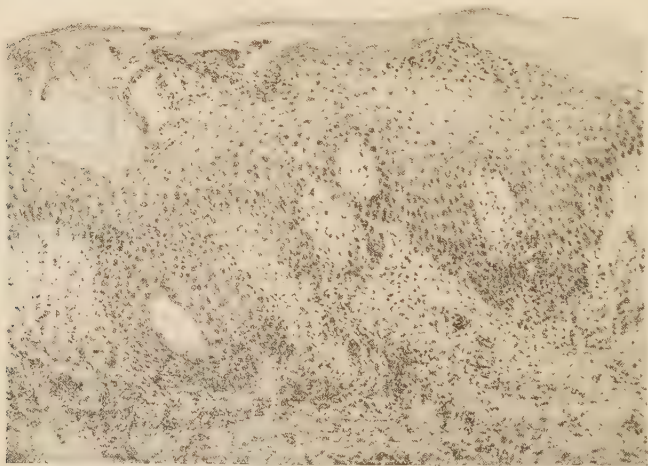


Fig. 2. — *Dermite érythémateuse, simple de la région crurale antérieure*. Spongiose, vésiculation histologique, œdème papillaire. Grossissement : 200 diamètres (Microphotographie de M. E. Normand).

érythémateuse à peine un peu épaissie, peu œdémateuse, peu suintante et sans vésiculation visible.

Sur les coupes, *dermo-épidermite* évidente. Œdème et infil-

tration du corps papillaire ; les papilles élargies se détachent en clair ; leur tissu est raréfié, leurs capillaires dilatés. Dans l'épiderme, par places, œdème léger atteignant surtout les cellules des couches moyennes ; quelques-unes présentent une petite cavité péri-nucléaire. A côté (fig. 2), œdème intercellulaire portant sur presque toute la hauteur de l'épiderme : entre des cellules hydropiques plusieurs petites cavités se forment, prêtes à se réunir en une seule : *stade de prérésiculation* ou de *spongieuse* (Besnier). Enfin, la *vésicule* se constitue. Elle est minuscule, et, bien que déjà sous la couche cornée, ne fait aucune saillie à la surface. Elle contient quelques débris cellulaires, des fragments de noyaux et quelques polynucléaires. Elle est amicrobienne. Dans le derme sous-jacent, infiltration banale assez accusée.

D'autres coupes, provenant du même fragment, présentent des aspects tout à fait semblables. En quelques points de la surface épidermique, on observe çà et là de petits disques de parakératose.

L'aspect de ces coupes, comme on peut s'en assurer sur la photographie ci-dessus, est nettement eczématiforme.

Dermite érosive.

Si les lésions dont nous venons de voir les caractères essentiels s'étendent au siège et à la face postérieure des membres inférieurs, elles subissent certaines modifications qu'expliquent les frottements répétés, la macération dans les matières et les urines, etc., auxquels ces régions sont constamment exposées. C'est ici l'*érosion* qui domine, plus ou moins large, plus ou moins suintante, et reposant sur un fond de dermite d'intensité variable.

Sur les coupes d'un *élément punctiforme*, rouge brun, *très légèrement érosif*, on aperçoit, entre plusieurs foyers de spongieuse assez superficiels formant par place une ébauche de

vésiculation, de petits *puits* intra-épidermiques. La figure 3 représente l'un de ces puits : les couches épidermiques superficielles ont disparu ; elles sont remplacées par un petit disque de sérum coagulé contenant des débris cellulaires. En un point très limité, entre deux bourgeons interpapillaires, la minime érosion atteint le derme.

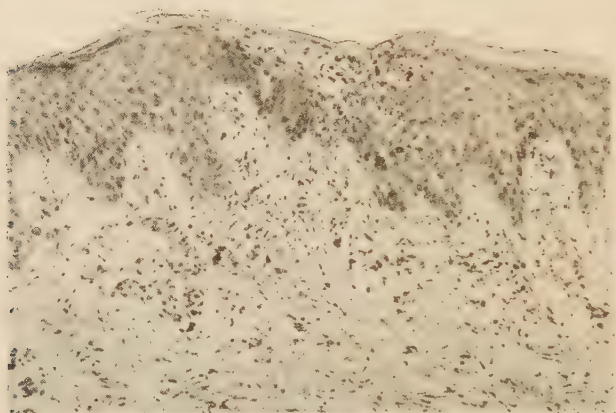


Fig. 3. — *Elément érosif punctiforme*: racine de la cuisse, face postérieure. Erosion épidermique limitée, spongieuse, puits intra-épidermique. Grossissement : 180 diamètres.

De part et d'autre de ce point central, œdème intercellulaire, spongieuse. Dans le derme correspondant, réaction inflammatoire assez marquée : plusieurs polynucléaires bien conservés, et des lymphocytes.

Quand l'érosion est *plus récente, rouge vif, suintante*, quand la dermite voisine est plus accentuée, les coupes présentent encore les mêmes caractères mais exagérés. Le puits intra-épidermique est plus largement creusé, là où les papilles correspondantes s'ouvrent directement à la surface. Dans la nappe sous-épidermique, œdème, dilatation des capillaires, réaction inflammatoire plus vive, quelques traînées périvasculaires.

Dans les érosions plus larges, plus profondes, *à l'emporte-pièce*, semblables d'aspect à celles des nappes eczématisques

érosives et suintantes, les lésions sont encore de même nature, mais plus étendues : l'érosion correspond ici à 10 ou 15 papilles.

A un faible grossissement, l'épiderme semble presque entièrement détruit. Les papilles, oedémateuses, montent jusqu'à la surface, ne laissant subsister entre elles que des rudiments de bourgeons épidermiques. Les dilatations vasculaires sont peu étendues, mais nombreuses ; la réaction inflammatoire est manifeste.

A un fort grossissement, l'épiderme est encore reconnaissable sur presque toute la surface de l'érosion, excepté au sommet des papilles. Il est le siège d'un oedème intercellulaire important. Entre 8 à 10 cellules étirées, déformées, se creusent de petites cavités contenant du sérum et quelques polynucléaires. Dans la base du corps papillaire, la nappe cellulaire apparaît composée de cellules conjonctives, de petites cellules rondes et de polynucléaires. Les vaisseaux, à parois normales, sont dilatés et contiennent des globules rouges et des leucocytes. Quelques-uns s'ouvrent à la surface.

Quand l'érythème se flétrit, se sèche, la congestion et l'oedème papillaires diminuent puis disparaissent. Les cellules épidermiques se reconstituent au-dessous des érosions par formation hâtive et incomplète, comblant les puits. On observe alors des disques ou des nappes de cellules aplaties, à noyau condensé, qu'une couche cornée parakératosique vient bientôt recouvrir. Progressivement, la granuleuse se reforme et la couche cornée redevient normale. L'infiltration du corps papillaire est la dernière à disparaître. Si une nouvelle poussée survient avant que la réfection épidermique soit achevée, les cellules malpighiennes n'offriront qu'une faible résistance et en quelques heures la peau présentera de nouveau un aspect congestif, érosif et suintant.

Ainsi, même dans les dermites les plus érosives, *altérations élémentaires eczématiformes* analogues à celles que nous avons décrites : il n'est pas jusqu'à la vésiculation histologique qui ne puisse s'y rencontrer. Mais, sous l'influence des traumatismes

mes répétés, l'élimination des couches épidermiques superficielles est rapide et s'oppose à toute vésiculation de quelque durée.

Nous ferons remarquer *la rapidité* de ces transformations successives. C'est que, dans la majorité des cas, malgré l'apparence clinique, l'épiderme n'a disparu complètement qu'en un petit nombre de points, au sommet de quelques papilles. Le plus souvent, on le retrouve, très altéré, dissocié, mais non détruit. Les quelques cellules basales qui persistent, suffisent à sa régénération rapide et complète. Presque jamais infectées, même superficiellement, ces érosions peuvent ainsi rester toutes de surface et se réparer sans cicatrice.

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels (2 observations), que nous avons vu, au siège, ces éléments se creuser davantage et donner des ulcérations un peu plus profondes.

Dermite vésiculeuse.

a) *Dermite vésiculeuse naissante.* — C'est sur les faces antérieure et externe des membres inférieurs qu'on observe communément, dans toute sa perfection, la vésiculation eczématiforme que nous avons vue jusqu'ici, rudimentaire, avortée ou tôt rompue.

— Un fragment prélevé sur une nappe de dermite vésiculeuse récente, à la face antérieure de la cuisse, permet d'étudier la *vésicule* à l'état de pureté. Sur des coupes sériées, on observe les lésions suivantes. Sur toute l'étendue du fragment, œdème du corps papillaire, papilles volumineuses et un peu infiltrées. De loin en loin, plusieurs petites vésicules comparables à la vésicule rudimentaire déjà rencontrée à la région crurale supérieure (fig. 2). Une autre, dont on voit bien le mécanisme de formation (fig. 4) reste toute petite. Deux ou trois autres (fig. 5) sont beaucoup plus volumineuses et forment une saillie à la surface, constituant le fin semis observé cliniquement.

Ces vésicules sont *amicrobiennes* quand elles sont très jeunes. Nous n'avons jamais pu y déceler l'existence d'aucun micro-organisme soit à l'examen direct sur coupes sériees, soit après ensemencement en pipette (bouillon-ascite). Peu à peu leur cavité se développe, occupe toute l'épaisseur du corps muqueux, et elles arrivent jusque sous la couche cornée. Celle-ci peut

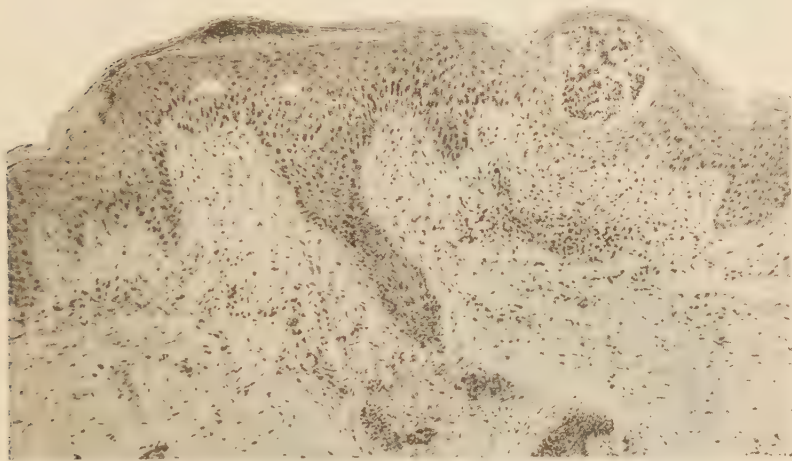


Fig. 4. — *Dermite vésiculeuse débutante de la face interne de la cuisse. Vésicule en voie de formation ; squame croûteuse en voie d'éviction : Grossissement : 180 diamètres.*

résister un certain temps ou se rompre ; le liquide vésiculaire, contenant des cellules épidermiques bien conservées, des débris de noyaux et de rares polynucléaires, est rejeté au dehors ou transsude entre les lamelles de la couche cornée. Il ne reste alors, sous la couche cornée parakératosique que des débris cellulaires qui forment de petits amas compacts, amorphes, intensément colorés (fig. 4). Au-dessous, un peu de spongieuse persiste encore, qui disparaît elle aussi ; enfin la squamule cornée s'élimine.

b) *Nappe vésico-pustuleuse : infection secondaire.* — Si les éléments sont plus volumineux, si la couche cornée qui les recouvre, plus épaisse en certaines régions, les protège plus

longtemps, ils ont toute facilité pour s'infecter secondairement. L'infection peut se faire par l'intermédiaire d'une fissure de la couche cornée ; le plus souvent, comme nous avons pu le saisir sur de nombreuses coupes, elle se produit au point d'aboutissement à la surface d'un glomérule sudoripare ou d'un follicule pilo-sébacé.

Ces *vésico-pustules* s'ouvrent alors ou se flétrissent et se dessèchent sans se rompre. Ce stade correspond à celui qu'on

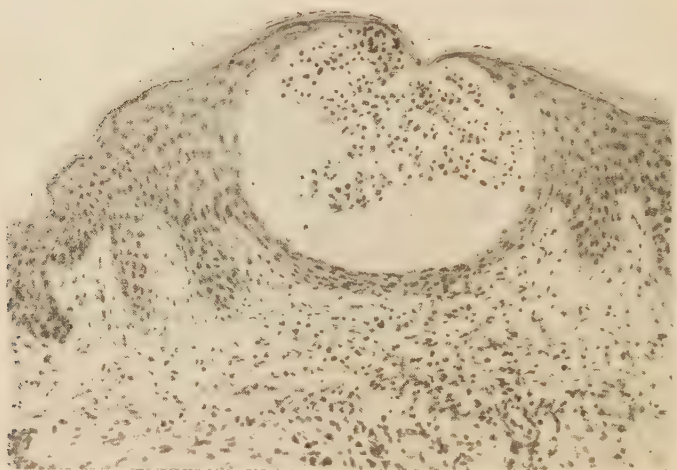


Fig. 5. — Un autre point de la coupe précédente. Vésicule à l'état adulte.
Grossissement : 250 diamètres

observe en clinique : vésicule affaissée, toute en surface (par ascension intra-épidermique), à toit ridé, à contenu condensé, qui se détache enfin sous forme de croûte.

Les pustulettes *aberrantes* qui se voient souvent à quelque distance de la nappe commune, semblables cliniquement à de minuscules éléments de pyodermite, ont une structure analogue.

C'est probablement à une vésicule flétrie et déjà presque éliminée que se rapportent la description et le dessin du livre

de Parrot (1). Il ne paraît pas avoir vu la vésicule intra-épidermique jeune ou adulte telle que nous l'avons si souvent rencontrée sur nos coupes (2).

1. PARROT, le premier, a étudié l'histologie de cet érythème (*L'athrepsie*, p. 199 et suiv.). Il a retrouvé dans les couches superficielles du corps de Malpighi le début de la vésiculation par *formation cavitaire*, comme Leloir venait de la décrire, et la « congestion habituelle du réseau veineux du derme, non seulement au niveau du point malade mais dans le voisinage ». Mais sa description envisage seulement un *aspect* de l'érythème et un *moment* de son évolution.

Il n'y a dans son livre aucune indication de la région sur laquelle son examen a porté. D'après son apparence, la coupe qu'il a dessinée (Pl. XII, fig. 1), semble appartenir à la région externe du membre inférieur, ou aux parties latérales du siège. Quelques-unes de nos coupes, se rapprochent beaucoup du dessin de Parrot. Or, elles provenaient d'un fragment prélevé sur la face externe de la cuisse où l'on observait un semis de vésico-pustules déjà anciennes. Quelques-unes étaient rompues donnant à la surface un aspect rouge grenu ; d'autres s'affaissaient ; d'autres, à contenu devenu granuleux, adhéraient encore aux téguments ou se détachaient sous forme de squamules jaunâtres.

C'est probablement la constatation de cette dernière particularité qui a amené Parrot à une description de la vésicule qui diffère de la nôtre. « Au début, dit-il, la couche cornée est épaissie par la tuméfaction de ses lamelles qu'infiltré une matière granuleuse. Puis, elle se soulève, se ramollit, et se rompt précisément dans le point le plus altéré. C'est le corps de Malpighi qui est le véritable siège de la lésion, surtout au niveau des cellules plates, d'où elle s'étend de proche en proche vers la profondeur ».

2. Après Parrot, Ménahem Hodara est le seul à notre connaissance à s'être occupé de l'histologie de cet érythème. Il a étudié minutieusement des lambeaux prélevés après la mort, sur deux érythèmes fessiers, qui étaient suivant les points, érosifs, ulcérés, légèrement soulevés ou squameux.

Notre description de l'éruption à la région fessière, correspond exactement à la sienne ; mais n'ayant pas eu l'occasion de l'étudier à des stades différents de son évolution, et surtout dans des régions différentes, il interprète les lésions observées d'une façon contraire à la nôtre. Il admet qu'il y a entre l'Erythème fessier et l'Eczéma des lésions communes, mais « dans l'Eczéma, l'œdème est véritablement intercellulaire ; à sa suite, il se forme communément de petites vésicules microscopiques épidermiques. Dans l'Erythème, l'œdème est intra-cellulaire,

En résumé, dans chacune des régions où nous avons étudié l'éruption, mêmes lésions élémentaires eczématiformes. L'*épidermite*, spongieuse, formation vésiculeuse rudimentaire, acanthose, parakératose ; la *dermite*, congestion, œdème et infiltration du corps papillaire, existent partout, même dans les nappes érythémateuses simples qui paraissent à l'œil nu, peu œdémateuses, non vésiculeuses, non suintantes, même au siège où l'érosion précoce est habituelle.

Mais la dermite peut être prédominante. C'est elle que nous allons surtout rencontrer maintenant en étudiant les dermites papuleuses.

Dermites papuleuses.

Alors que les lésions histologiques des dermites simples, vésiculeuses et érosives sont d'un classement facile et que leur caractère eczématiforme est aisément reconnaissable, les lésions des dermites papuleuses sont d'interprétation plus délicate et d'aspect un peu inattendu.

Les éléments de toute taille qui les composent présentent dans toute leur évolution, une physionomie anatomique toujours identique à elle-même. Ce sont des *papules dermo-épidermiques*. La description que nous allons en donner est fondée sur l'étude histologique de 24 cas.

Eléments jeunes. — Les éléments jeunes sont érodés ; l'érosion est rarement profonde, mais peut être large, un grand nombre de papilles s'ouvrant directement à l'extérieur.

A un faible grossissement, on observe, en somme, une série

peu développé entre les cellules. Les modifications du chorion sont dans les deux formes fondamentalement différentes » (MÉNAH. HODARA, *Monat. f. prakt. dermat.* 1^{er} avril 1898). Nous avons vu au contraire, qu'à la cuisse, à la jambe, l'œdème intercellulaire et la vésiculation intra-épidermique sont d'observation fréquente.

de digitations sombres, de longueur croissante de la périphérie au centre (bourgeons épidermiques en hyperacanthose), entre lesquelles sont intriquées étroitement des digitations plus claires, les papilles congestionnées, œdémateuses et plus ou moins infiltrées.



Fig. 6. — *Dermite papuleuse. Papule fessière fortement saillante. L'érosion centrale était déjà en voie de réparation. Hyperacanthose, œdème papillaire, dilatation des capillaires dermiques. A droite, dans l'épiderme, un point de spongieuse à côté d'un puits intra-épidermique. Grossissement : 120 diamètres.*

A un fort grossissement, les couches superficielles de l'*épiderme* manquent sur une plus ou moins grande étendue. Les cellules filamenteuses ont proliféré; il n'y a entre elles, en général, qu'un œdème insignifiant; en quelques points cependant, on observe des cellules hydropiques avec cavité périnucléaire, dont les filaments d'union sont distendus et rompus. Quand l'érosion est récente, les plus superficielles des cellules filamenteuses, très aplaties, forment seules, dans l'intervalle des pertuis papillaires, le revêtement de l'élément. Quelquefois, et toujours en des points limités, elles font défaut; on ne voit plus alors au sommet de la papille qu'un disque de sérum coagulé avec des débris de noyaux et de nombreux cocci (fig. 6).

Corps papillaire. — Les papilles sont minces, étirées, élé-

gantes ou démesurément élargies et irrégulières. La dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques est remarquable. Leur paroi est le plus souvent normale ; quelquefois cependant leur endothélium est légèrement gonflé et fait saillie dans la lumière du vaisseau. Les espaces lymphatiques sont souvent remplis de lymphe coagulée. La nappe cellulaire, en général très lâche, est composée de cellules conjonctives augmentées de nombre et de volume, de lymphocytes et, suivant les cas, de polynucléaires plus ou moins nombreux. Assez rares souvent, ils peuvent se montrer en abondance dans les éléments érodés, surtout au sommet des papilles. Ils sont presque toujours bien conservés, et il est à remarquer que ces érosions souvent étendues, ne s'accompagnent presque jamais à la région fessière, de réaction leucocytaire aboutissant, même histologiquement, à la purulence.

Derme proprement dit. — Assez fréquemment la réaction inflammatoire ne dépasse pas le corps papillaire. A peine si l'on observe au-dessous des prolongements épidermiques, à la base des papilles, quelques capillaires dilatés entourés d'un petit nombre de cellules. Dans les éléments fortement papuleux, une nappe cellulo-vasculaire descend au-dessous des papilles ; la pression prolongée du doigt ne modifie que fort peu ces éléments qui sont indurés et offrent une résistance élastique.

Cette nappe cellulaire demande une étude attentive.

Tous les éléments de la réaction dermo-épidermique que nous avons rencontrés jusqu'ici sont en soi *banals*. Ils se rencontrent atténués ou développés, dans l'eczéma papuleux, l'eczématisation chronique, la lichénification, la dermite streptococcique chronique (Sabouraud), et d'autre part, dans la *plaque muqueuse syphilitique* hypertrophique ou non. Mais, alors que dans les premiers exemples, ils constituent, avec des modifications de détail, toute la lésion, dans la syphilis, *ces lésions banales recouvrent une infiltration d'un type particulier, spécifique*.

Rien de semblable dans les érythèmes papuleux. La nappe

cellulaire dermique est composée des éléments que nous avons rencontrés dans les érythèmes érosifs les plus simples. Elle rappelle celle qu'on observe ailleurs, dans certains prurigos, dans les eczématisations banales un peu irritées.

Dans six de nos cas, cette nappe était *dense* (fig. 7) et présentait à côté des éléments de réaction probablement *autochtones*, cellules conjonctives hypertrophiées, mastzellen, des

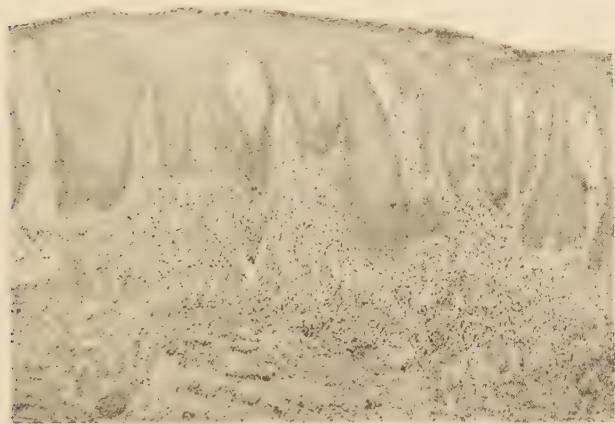


Fig. 7. — *Elément papuleux du prépuce, cliniquement très syphiloïde. Prolifération des bourgeons interpapillaires. Nappe cellulo-vasculaire étendue. Les capillaires dilatés ont une paroi normale ; il n'y a pas d'infiltrats autour des vaisseaux. Grossissement : 50 diamètres.*

lymphocytes, des polynucléaires neutrophiles et *éosinophiles* et des plasmazellen en assez grand nombre, surtout autour des vaisseaux. Mais la paroi de ces vaisseaux était le plus souvent normale ; il n'y avait dans la profondeur du derme aucune traînée périvasculaire, et, dans la nappe même, aucun de ces nodules péri-artériels ou péri-veineux, composés de cellules rondes et de plasmazellen qui forment les *plasmomes syphilitiques*. La présence de cette nappe où la diapédèse était considérable, signifiait simplement que l'irritation avait été plus intense. La réaction qu'elle avait produite n'avait, ici encore, aucun caractère *spécifique*.

Evolution de la papule. — Nous avons décrit l'élément jeune. Si l'enfant ne peut plus faire les frais d'une réaction cutanée aussi exubérante, la saillie papuleuse s'atténue, l'élément se fane, l'œdème et la dilatation vasculaire disparaissent presque entièrement. C'est l'aspect qu'on observe également sur les pièces recueillies après la mort.

Si le processus irritatif s'atténue ou cesse, l'œdème se résorbe, les bourgeons interpapillaires diminuent de volume ; puis la congestion et l'infiltration dermiques disparaissent, en même temps que la *réépidermisation* se perfectionne et s'achève.

L'affaissement de l'élément est généralement en effet, précédé d'un début d'*épidermisation* de la surface érosive. Du jour au lendemain, son sommet est recouvert de cet épiderme de nouvelle formation, incomplet d'abord, sans couche granuleuse, dont nous avons étudié l'évolution. Ici encore, suivant un processus semblable, la *granuleuse* se reforme, les couches parakératosiques superficielles sont éliminées et remplacées par une couche cornée normale. C'est au sommet des papilles précédemment excoriées que l'évolution est la plus lente à se faire et c'est en ces points que persistent pendant plusieurs jours de petits disques parakératosiques.

Dans les points moins exposés aux frottements, sur les parties latérales des fesses ou des cuisses, les lamelles parakératosiques de surface ne sont point enlevées au fur et à mesure de leur production. Elles persistent et s'accumulent en disques épais que nous avons rencontrés quelquefois et que Sevestre avait déjà signalés : *disque lenticulaire* que l'ongle détache ; *bourrelet* épais à la périphérie, mince au centre de l'élément resté encore un peu érosif.

Comme on l'a observé au cours des érythèmes simples, ces éléments papuleux à leur stade d'érosion, ou plus tardivement, peuvent se *fusionner en nappes* fortement papuleuses, œdémateuses et résistantes. La structure de ces nappes est absolument superposable à celle des papules isolées.

Telle est l'évolution anatomique de la papule lenticulaire.

Si on compare les dermites érosives du siège aux dermites papuleuses de la même région (fig. 3, 6 et 7), la ressemblance entre leurs lésions ne s'impose pas dès l'abord.

En étudiant anatomiquement un grand nombre d'éléments de transition, érosion à léger soulèvement œdémateux, minuscule papule congestive, dont nous avons vu l'existence dans les dermites érosives les plus simples, nous avons pu trouver tous les *types de passage*.

Au-dessous du point érosif le plus banal en effet, on observe une réaction épidermique et dermique. La réaction dermique est minime et se traduit par une dilatation des capillaires avec transsudation de sérosité et diapédèse. Il en résulte que la papille dilatée gagne en largeur et en hauteur, produisant secondairement une hypertrophie et un allongement des bourgeons interpapillaires (hyperacanthose) (1). Cette réaction peut rester limitée à quelques papilles et ne pas se traduire à l'œil nu. Histologiquement, elle est toujours facile à mettre en évidence.

Lorsqu'elle est plus marquée, la saillie, encore faible, est déjà appréciable cliniquement : c'est la *petite papule œdémateuse à évolution rapide*.

Que tous ces caractères s'accroissent sous l'influence d'irritations plus actives et plus durables, et on voit apparaître les saillies autrement importantes des papules types. La nappe cellulaire inflammatoire devient plus serrée, plus étendue, mais reste banale.

Il n'y a entre toutes ces formes anatomiques que des différences de degré dans l'étendue et l'énergie de la réaction dermique.

Nous n'avons pas voulu interrompre la succession des types

1. Peut-être ce mécanisme n'est-il pas absolument exact. M. Darier (*Prat. Dermatologique*, t. I, p. 146), admet que l'hyperacanthose précède le développement de la papille. En l'espèce, il importe peu que tel ou tel élément soit le premier atteint : c'est sur la réaction dans son ensemble, *dermo-épidermique*, que nous avons voulu insister.

histologiques que nous venons de présenter, pour mettre à la place qui lui revient la description qu'a faite Parrot (1) de la papule lenticulaire. C'est lui, le premier, qui en a analysé d'une façon succincte et dessiné schématiquement les lésions essentielles.

Avec une coupe due à Audry (2) et reproduite dans le livre de M. Brocq, c'est tout ce que nous avons pu trouver sur l'anatomie pathologique de l'érythème papuleux.

En résumé, les érythèmes papuleux les plus étendus et les plus saillants *dérivent* directement des érythèmes érosifs simples, par l'intermédiaire d'éléments plus petits, *plus congestifs que vraiment infiltrés*, et d'existence éphémère, *les éléments papuleux congestifs*.

Mais, dans certains cas, la dilatation vasculaire dermique, avec exsudation et diapédèse, est beaucoup plus intense et entraîne une hyperacanthose considérable. La *nappe cellulaire* sous-jacente, plus ou moins *serrée*, plus ou moins *étendue*, est la conséquence d'une réaction dermique encore banale, mais plus active et plus prolongée, et *disparaît* avec elle.

La *réparation* de l'érosion superficielle est rapide, par épidermisation hâtive, incomplète d'abord, complète ensuite.

Le mode de constitution de l'élément permet de comprendre les rapides *transformations* observées en clinique.

1. PARROT. *L'Athrepsie*, p. 499, 231 et suiv.

2. AUDRY, in *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, de Brocq. 1907.

CHAPITRE IV

ELEMENTS DU DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL DES DERMITES PAPULEUSES

Nous nous limiterons à ce point, le plus intéressant, du diagnostic des dermites infantiles. D'une part en effet, les formes érythémato-vésiculeuses sont presque toujours aisément reconnaissables ; d'autre part, certains aspects cliniques de la syphilis cutanée infantile, roséole, érythème squameux syphilitique (?), certaines syphilides « pustuleuses » ou ulcéreuses, sont encore trop mal connus pour qu'on puisse les opposer aux dermites simples ou compliquées qui revêtent un aspect analogue.

A. — Diagnostic clinique.

Les éléments du diagnostic positif et différentiel des dermites papuleuses doivent au contraire être étudiés avec soin car c'est, dans certains services d'enfants, un *diagnostic de tous les jours*.

S'il est facile de les distinguer des éruptions syphilitiques *bien caractérisées* : macules cuivrées, légèrement papuleuses, à disposition orbiculaire ou circinée, éléments papulo-squameux disséminés, etc., il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de les différencier de certaines papules syphilitiques à sommet

érosif, de certaines plaques muqueuses hypertrophiques. Dans trois cas, à propos d'éléments papulo-érosifs du prépuce et de la vulve, notre diagnostic clinique fut celui de plaques muqueuses. Il ne fut réformé que par l'évolution des accidents et par l'examen histologique. « Considérée en elle-même, abstraction faite de tout ce qui l'entoure, a pu dire Sevestre (1), la papule post-érosive ressemble absolument à la papule syphilitique ».

Cela n'est exact, ajouterons-nous, que pour les éléments isolés, fortement saillants, avec induration notable. Tous les autres éléments papuleux que nous avons étudiés comme types de transition, éléments érosifs à base œlémateuse, éléments papuleux congestifs, n'ont jamais cette induration, ce corps, qu'on trouverait dans une papule syphilitique de semblable volume.

Dans la majorité des cas, la présence de ces éléments *aide* donc à l'interprétation du reste de l'éruption. De plus, comme l'ont établi Jacquet, Sevestre, sa disposition sur les parties *saillantes*, son absence dans les *plis*, sa rapide *évolution* et sa complète *disparition* sans autre traitement que des soins de propreté élémentaires, son *apparition* brusque ou rapide après un changement de régime, un trouble gastro-intestinal, quand on peut les saisir, — sont de bons éléments de diagnostic.

La signification de ces dermites est confirmée également par des arguments *indirects*.

Le plus souvent, on n'observe en même temps *aucun symptôme de syphilis héréditaire*.

Le *traitement d'épreuve* n'a sur elle aucune action. En plein traitement, des éléments papuleux se produisent avec leur rapidité d'éclosion habituelle. Dans d'autres cas, les papules diminuent et disparaissent dans le même temps et de la même façon que si aucun traitement syphilitique n'avait été appliqué. Dans quelques cas enfin, le traitement, même prolongé sous forme de piqûres ou de frictions pendant des semaines, ne modifie en rien l'éruption. On ne s'expliquerait guère cette résistance au

1. SEVESTRE. *Soc. méd. des hôp.*, 1887, p. 450.

traitement quand on sait avec quelle rapidité la plupart des lésions syphilitiques papuleuses ou ulcéreuses disparaissent chez les enfants, après cinq, dix piqûres de sels solubles par exemple, ou après quelques frictions.

Dans les formes *types*, et quand on *connaît* l'éruption, immédiatement ou après quelques jours d'observation, le diagnostic aide de tout cet ensemble de signes, peut donc être considéré comme certain.

Mais quand l'enfant observé est pâle, s'amaigrit progressivement, qu'il présente des ulcérations cutanées douteuses, du coryza, des fissures labiales, des plaques rétro-auriculaires, des bosses frontales développées, un aplatissement de la racine du nez, une hydrocèle empêchant d'apprécier le volume du testicule, une rate hypertrophiée (1), etc., l'affirmation d'un tel diagnostic est beaucoup plus difficile (2). D'autant que dans ces cas, l'érythème est lui-même transformé, non plus floride avec de nombreuses papules à base œdémateuse, mais au contraire à papules moins saillantes, non érosives souvent, et surtout *condensées*, plus résistantes au doigt.

Certes, chacun des symptômes précédents, le coryza, l'hypertrophie de la rate, la maigreur progressive, etc., se rencontre en dehors de la syphilis, mais chacun d'eux également peut en dépendre (3). La règle la plus sage est alors de considérer ces enfants comme *suspects* de syphilis, et de prendre pour leur *allaitement* les précautions nécessaires. Le plus

1. MARFAN. 14^e Congrès de médéc. Madrid, avril 1903. De l'hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie. In *Arch. de méd. et de chir. infantiles*, 15 mai 1903, p. 325.

2. M. JACQUET rapporte dans sa thèse (p. 29) l'observation d'un enfant atteint de syphiloïde post-érosive, de coryza, de blépharo-conjonctivite, de fissures eczématisques des lèvres, etc. Dans ce cas complexe, dit M. Jacquet, l'aspect général de l'enfant méritait de tous points le mot de *pseudo-syphilis* que prononça M. Besnier après un examen attentif.

3. COMBY. Diagn. et traitement de la syphilis congénitale. *Médéc. moderne*, 29 oct, 1898 et BERRE, *Th.* Paris, 1900.

souvent, d'ailleurs, ils sont déjà âgés de quatre. cinq mois, et l'inconvénient de l'allaitement *artificiel* est moindre.

B. — Diagnostic bactériologique.

Une confirmation bactériologique du diagnostic clinique, l'*absence du spirochète pâle*, dans les papules syphiloïdes s'imposait. Trois méthodes de recherches, dont MM. Thibierge, Ravaut et Le Sourd (1) ont établi la sensibilité croissante, sont actuellement en faveur.

1. Recherche sur les frottis. — Dans un grand nombre de cas étudiés, *jamais* nous n'avons observé de spirilles.

Dans les lésions cutanées de la syphilis héréditaire il est vrai, on ne le rencontre pas de façon constante. MM. Thibierge, Ravaut et Le Sourd, Nicolas et Favre, Buschke et Fischer, A. Jambon ont eu des résultats négatifs (2).

Nous-même avons tenté cette recherche deux fois, sans succès : dans un cas de pemphigus considéré cliniquement comme syphilitique ; dans des frottis de papule érosive type chez un enfant issu de deux syphilitiques, et présentant en outre, des éléments papulo-squameux et une large ulcération syphilitique de la rainure interfessière. Dans ce dernier cas, le diagnostic histologique de cette plaque érosive n'était pas douteux ; il fut confirmé d'ailleurs par le traitement qui, en 8 jours, fit disparaître les lésions.

2. Recherche sur les coupes après imprégnation au nitrate d'argent (Levaditi). — Cette méthode est déjà beaucoup plus exacte. Cependant sur les coupes provenant de *dix-sept papules*, la plupart jeunes et encore érodées, toutes choisies parmi

1. THIBIERGE, RAVAUT ET LE SOURD. Le *Spirochete pallida* de Schaudinn et le diagnostic de la syphilis. *Soc. méd. des hôp.* 6 avril 1906.

2. Voir pour l'étude de cette question, A. JAMBON. *Thèse* Lyon, 1906 et *La Province médicale* : Le *treponema pallidum* dans les tissus des hérédo-syphilitiques, 6 oct. 1906.

les plus saillantes et les plus syphiloïdes, *jamais aucun spirille*.

3. L'inoculation au singe, le plus sensible des trois procédés, a été faite une fois grâce à l'obligeance de MM. Thibierge et Ravant. Le malade choisi avait été pris parmi les plus typiques. Si le résultat obtenu avait été positif, il n'aurait pas entraîné fatalement la conviction. En effet, la dermite papuleuse peut exister chez des syphilitiques ; le sang, en si faible quantité qu'il s'écoule, amené par le grattage de l'élément au moment où l'on recueille la sérosité nécessaire à l'inoculation, aurait pu, si le sujet choisi avait été contaminé, suffire à infecter l'animal. Dans notre cas, *résultat négatif*.

Ajoutons qu'à l'**autopsie** de quatre enfants ayant présenté un érythème papuleux type et morts, quelque temps après, d'une affection aigue ou de cachexie progressive, *la plupart des organes* ont été fixés dans le formol et *traités par la méthode de Levaditi*. Foie, rate, capsules surrénales, méninges médullaires, plexus choroïdiens, testicules, ont été ainsi examinés *sans jamais présenter de parasites*.

Cette épreuve était nécessaire. Bien que l'examen *macroscopique* et *microscopique* de ces organes, n'ait révélé aucune lésion qu'on put rattacher à la syphilis, la recherche des spirochètes pouvait cependant y être positive. Si les malades de Levaditi et Salmon, de Buschke et Fischer, de Levaditi, de Nobécourt et Darré, de Bodin, de Bosc, de Jambon, présentaient des altérations assez marquées du foie et de la rate dans les points où ces auteurs ont trouvé des spirilles, — au contraire, Salmon et Macé, Ménétrier et Rubens-Duval, Feuillé, Jambon, ont observé des cas où les organes examinés contenaient des spirilles sans présenter eux-mêmes de lésions spécifiques (1).

1. Voir A. JAMBON. *Prov. méd.*, *loc. cit.*, p. 467.

C. — Diagnostic anatomique.

L'étude histologique qu'on a pu lire, établit, nous semble-t-il, que malgré leurs apparences si troublantes, les éléments volumineux, saillants, indurés, en peau saine, les éléments de la vulve, du prépuce, des plis radiés, qui ont souvent un aspect syphiloïde si marqué, ont *la même structure histologique essentielle* que les nappes érythémateuses simples, ou fortement congestives et œdémateuses dont ils ne sont que l'exagération.

Nous allons maintenant opposer ces caractères anatomiques à ceux des éléments papuleux d'origine *syphilitique*.

Tout d'abord, il ne saurait être question de comparer la structure des érythèmes papuleux à celles des papules syphilitiques *cutanées*. Dans celles-ci, l'épiderme est aminci, les bourgeons épidermiques écartés les uns des autres par de larges papilles quadrilatères. Ce *derme est profondément infiltré* ; une nappe cellulaire serrée à disposition *périvasculaire* forme le « corps » de l'élément. Le diagnostic anatomique en est donc aisé.

De toutes les coupes de lésions syphilitiques que nous avons pu examiner, ce sont les *plaques muqueuses papulo-érosives* des régions genitale et perianale, discrètes et peu indurées, qui se rapprochent le plus des coupes que nous avons représentées. On y retrouve la même dilatation des papilles, énormes, atteignant par endroit la surface, leur intrication avec des bourgeons épidermiques démesurément allongés et dont quelques-uns présentent même, en surface, des nœuds de spongiose. Dans les papilles, même œdème, même dilatation vasculaire, même nappe cellulaire. Une remarque cependant : des *polynucléaires neutrophiles* et *désinofiles* abondent dans cette nappe et dans l'épiderme, au point que certains bourgeons disparaissent presque sous leur accumulation. Il y a par endroits de véritables petits abcès intra-épidermiques. C'est là

un caractère que nous n'avons jamais rencontré dans les coupes de nos dermites papuleuses.

Mais c'est dans la *couche sous-épidermique* et dans le *derme* que les différences sont surtout frappantes. Dans les dermites papuleuses, les plus indurées, les plus persistantes, la nappe cellulaire s'étend, à la base des papilles, lâche ou serrée, à peine plus drue autour des vaisseaux à paroi normale. Dans les papules syphilitiques, l'infiltrat est dense ; les capillaires ont une paroi triplée de volume et souvent infiltrée. Ils sont le centre d'amas cellulaires épais, composés de lymphocytes et surtout d'éléments plus volumineux, ovalaires ou arrondis, à protoplasma fortement coloré et granuleux, à noyau excentrique plus clair, de *plasmazellen*. *Endopériartérite, endopériphlébite, manchons périvasculaires*, tels sont les éléments principaux, on le sait, du *plasmome* syphilitique.

Dans plusieurs de nos cas, chez des enfants de quelques mois, sur une plaque érosive et légèrement papuleuse de la verge, sur une large plaque périanale, etc., le diagnostic histologique de la lésion syphilitique put être sinon affirmé, au moins rendu très probable par l'existence d'un nombre même restreint de ces nodules et de ces manchons périvasculaires, et la présence du spirochète pâle sur frottis et sur coupes (méthode de Levaditi) vint confirmer ce diagnostic (1).

Ce sont d'ailleurs ces infiltrats qui expliquent la persistance de ces éléments quand le traitement mercuriel n'intervient pas, et leur stabilité remarquable si nous la comparons aux rapides transformations des dermites papuleuses.

Ainsi, dans tous les cas que nous avons étudiés, *jamais de tréponèmes dans les frottis ni dans les coupes ; une inoculation au singe, négative ; dans quatre autopsies, aucune lésion macroscopique ou microscopique pouvant être rapportée à*

1. Voir pour la description de ces infiltrats cellulaires en manchons péri-vasculaires ou en nodules circonscrits, la description de M. Darier, in *Traité de la syphilis*, A. FOURNIER, t. II, fasc. I, pages 46 et 54.

la syphilis, pas de tréponèmes dans les organes. Même dans les cas douteux cliniquement, l'*histologie* montre une structure toute différente de celle des syphilides.

Il n'est donc pas impossible, le plus souvent, et même dans les cas difficiles, de faire le diagnostic de la lésion. *Mais il faut se souvenir que des dermites papuleuses parfaitement banales peuvent se voir aussi bien chez les nourrissons syphilitiques que chez les enfants normaux.* Aussi, dans tous les cas douteux, si l'observation du sujet ne peut être rationnellement conduite et prolongée assez longtemps, on devra tenir l'enfant pour suspect, prendre les précautions habituelles, et surtout écarter tout allaitement mercenaire. Nous terminerons cette étude par ces réserves, dont nous avons pratiquement reconnu la nécessité, et que M. Jacquet avait d'ailleurs, tout le premier, pris soin de formuler.

Nous avons espéré au début de nos recherches trouver dans la ponction lombaire un élément de plus de ce diagnostic différentiel. Nous avons obtenu des résultats contraires à ceux que nous attendions, mais nous avons été ainsi amené à des observations intéressantes et inattendues que nous allons résumer.

D. — La réaction du liquide céphalo-rachidien dans les dermites infantiles. La ponction lombaire ne peut servir à leur diagnostic.

Dans un travail récent faisant suite à ses recherches sur la *lymphocytose méningée* aux différentes périodes de la syphilis de l'adulte, M. Ravaut (1) a montré la fréquence de la réaction du liquide céphalo-rachidien chez les enfants hérédo-syphilitiques.

1. P. RAVAUT. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques héréditaires. *Ann. de Dermat.* 1907 et RAVAUT ET PONSSELLE. Le Spiroch.

Chez des enfants paraissant ne présenter aucun symptôme nerveux, mais atteints d'accidents cutanés étendus, une lymphocytose abondante est presque de règle. Chez ceux porteurs de lésions cutanées ou muqueuses peu importantes, la réaction est en général légère. Enfin, chez les enfants issus de parents syphilitiques, mais ne présentant aucun symptôme cutané, l'absence de réaction est habituelle. M. Ravaut a confirmé ces recherches par une constatation de la plus haute valeur : la présence du spirochète dans les exsudats péri-vasculaires des méninges et dans les parois du canal épendymaire.

Tobler (1) avait déjà remarqué l'importance que pouvait avoir la lymphocytose dans le diagnostic différentiel de l'hérédosyphilis. Cette lymphocytose peut manquer, même en cas d'accidents importants, mais lorsqu'on la rencontre, « elle est, dit-il, un symptôme de grosse valeur parce qu'elle existe, non seulement en même temps que les accidents manifestes de la syphilis héréditaire, mais encore chez des sujets en apparence sains, n'ayant que des antécédents syphilitiques ou de très légères manifestations et qui, quelques semaines plus tard, succombent à leur syphilis » (Ravaut) (2).

Dans les cas, fréquents, où *l'enfant atteint d'un érythème papuleux, présente en même temps des symptômes qui peuvent relever de la syphilis héréditaire* ; d'autre part, dans les cas où *chez un enfant sain en apparence, l'éruption, par l'absence de ses caractères accessoires habituels, semble trop nettement syphiloïde pour n'être pas suspecte*, il serait du plus haut intérêt de posséder un argument de plus — l'inté-

pâle dans le syst. nerveux de l'homme au cours de la syphilis acquise et héréditaire. *Soc. méd. des hôp.*, 13 déc. 1907.

1. TOBLER. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 1906, t. LXIV, fasc. I.

2. Sur 30 mœlles de fœtus, dont 26 étaient nés de parents syphilitiques, M. Gasne a trouvé 4 fois des lésions syphilitiques profondes ; 7 fois des lésions plus légères mais encore non douteuses. Les méninges étaient de beaucoup les parties les plus lésées. *Localisations spinales de la syphilis héréditaire*. Th. Paris, 1897.

grité du liquide céphalo-rachidien — pour s'affirmer à soi-même la non-spécificité du sujet.

Nous avons pensé que la *ponction lombaire* pourrait être dans ces cas, d'un grand secours ; que nos enfants, bien portants, sans aucun stigmate d'hérédo-syphilis, avaient probablement un liquide céphalo-rachidien normal. L'existence d'une réaction méningée aurait été une raison de plus de considérer les autres sujets comme *suspects*. Nos premiers résultats nous ont montré que les faits étaient loin d'être aussi simples. Nous avons dû alors étendre notre étude et essayer de savoir ce qu'était la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les différentes variétés de dermites des nourrissons, puis, à titre de comparaison, *dans certaines autres dermatoses infantiles*.

4. — TECHNIQUE

L'appréciation d'une réaction méningée est facile pour un œil un peu exercé, quand les éléments cellulaires sont nombreux. La limite entre l'état normal et une réaction légère est plus difficile à établir. Pour pouvoir comparer entre elles ces réactions, pour apprécier leurs variations, nous avons cherché à obtenir une *représentation numérique* approximative, mais cependant suffisamment exacte de la *quantité* des éléments cellulaires que nous observions dans chaque cas.

Nos préparations ont été faites suivant la méthode de Widal et Ravaut : après centrifugation, le tube effilé était vidé soigneusement ; l'étalement fait, suivant les cas, sur une, deux ou trois lames ; la gouttelette desséchée avait en général 6 à 8 mill. de diamètre.

Sur chacune de nos préparations, nous avons *numéré* avec l'*objectif à immersion 1/16* et l'*oculaire compensateur 6*, *tous les éléments compris dans le champ du microscope*, pendant que nous faisons passer successivement sous la lentille, à l'aide de la platine mobile, toute l'étendue des *deux grands diamètres* de la goutte étalée.

C'est le résultat de cette numération, dans les cas où l'étalement avait été fait sur une seule lame, l'addition de ces résultats quand l'étalement avait été fait sur 2 ou 3 lames, que nous rapportons dans chacune de nos observations.

Nous disons que la goutte résiduelle provenant de la centrifugation de 4 à 5 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien, montre une LYMPHOCYTOSE LÉGÈRE quand nous comptons dans chacun des grands diamètres avec le grossissement indiqué, plus de 50 éléments. Il y a dans ces cas de 3 à 6 éléments par champ d'immersion.

Au-dessus de 100 éléments dans chacun des grands diamètres (8 à 10 éléments dans chaque champ d'immersion), nous disons qu'il y a LYMPHOCYTOSE MOYENNE.

Enfin, nous rangeons dans les LYMPHOCYTOSES FORTES, les cas où nous comptons plus de 20 éléments par champ d'immersion.

Notre terminologie correspond donc sensiblement à celle que M. Ravaut a adoptée dans ses différents mémoires. Elle n'a pas de *valeur absolue*, mais elle est indispensable à la comparaison des résultats.

Dans un grand nombre de cas, à l'aide du procédé de numération que nous avons employé, nous avons compté dans chacun des grands diamètres de la goutte plus de 25 à 30 éléments. *Nous ne croyons pas qu'on doive considérer cette proportion comme anormale.* Nous avons cependant *séparé* ces réactions, des réactions franchement *nulles* (2 à 10 éléments par grands diamètres), et les avons qualifiées, faute d'un terme meilleur, de réactions DISCRÈTES. Leur constatation, fréquente dans nos observations, laissait entrevoir que la quantité des éléments cellulaires contenus *à l'état normal* dans le liquide céphalo-rachidien, était peut-être sensiblement plus forte qu'on ne l'admet habituellement. Le récent travail de MM. Nageotte et Lévy-Valensi (1), basé sur une numération exacte de ces éléments, prouve le fait d'une façon indiscutable.

1. NAGEOTTE ET LÉVY-VALENSI. Numération directe des éléments

Il nous a paru indispensable de préciser ces détails de technique : les faits que nous allons rapporter et qui ont une importance pratique, seraient trop aisément critiquables s'il restait quelque doute sur la valeur de nos examens.

2. — DERMITES INFANTILES

Parmi les enfants atteints de dermites de tous stades et de toutes variétés, que nous avons ponctionnés, nous avons éliminé tous ceux qui au moment de la ponction, présentaient de la fièvre, des phénomènes intestinaux, pulmonaires, otitiques ou méningés susceptibles de produire par eux-mêmes une réaction. Nous n'avons considéré dans ces examens que des enfants en état de santé en apparence presque parfaite et ne présentant aucun symptôme d'hérédosyphilis. Chez 72 enfants, le liquide céphalo-rachidien a été ainsi examiné une ou plusieurs fois.

Dermites papuleuses. 47 cas.

1. Dermites papuleuses, à éléments bien développés, mais de toute taille (depuis la petite papule congestive jusqu'à la papule type), indurés, œdémateux et érosifs.

14 cas. Lymphocytose :

Forte	5
Moyenne	4
Discrète.	1
Nulle	4

2. Dermites papuleuses à éléments de toute taille, mais épidermisés et déjà en voie de diminution :

13 cas. Lymphocytose :

Forte	1
Moyenne	1
Légère	4
Discrète.	3
Nulle	4

cellulaires du liquide céphalo-rachidien, limites physiologiques de la lymphocytose. *Soc. de Biol.*, 7 déc. 1907.

3. Dermites papuleuses au déclin de l'éruption, ne formant plus qu'une saillie peu appréciable, épidermée : simple maculo-papule ou macule violacée :

16 cas. *Lymphocytose* :

Légère	2
Discrète.	7
Nulle	7

4. Dermites simples, avec ébauche de papulation congestive :

4 cas. *Lymphocytose* :

Discrète.	2
Nulle	2

En résumé, sur 47 cas de dermite papuleuse.

Lymphocytose :

Forte	5
Moyenne	6
Légère	6
Discrète.	13
Nulle	17

La lymphocytose s'est montrée légère, moyenne ou forte, 17 fois sur 47 cas.

Rangeons maintenant ces cas en deux groupes : l'un dans lequel rentreront toutes les dermites papuleuses quel que soit leur degré de développement, érosives ou non, mais encore nettement saillantes ; l'autre, qui comprendra les dermites à leur déclin ou réduites à l'état de macules. Sur les 27 cas de la première catégorie, 15 *lymphocytoses légères, moyennes ou fortes* ;

Sur les 20 cas de la seconde catégorie, 2 *lymphocytoses légères seulement*.

Dermites vésiculeuses érosives. 25 cas.

Dermites vésiculeuses érosives très étendues :

8 cas. *Lymphocytose*.

Forte	1
Moyenne	1
Discrète	3
Nulle	3

2. Dermites moyennement étendues :

6 cas. *Lymphocytose*.

Légère	2
Discrète.	4

3. Dermites légères :

8 cas. *Lymphocytose*.

Moyenne	1
Légère	1
Discrète.	3
Nulle	3

4. Traces de dermites simples ayant été plus ou moins étendues ; téguments redevenus presque normaux.

3 cas. *Lymphocytose*.

Forte	1
Légère	1
Discrète	1

En résumé, sur 25 cas de dermites vésiculeuses érosives, *Lymphocytose*.

Forte	2
Moyenne	2
Légère	4
Discrète.	11
Nulle	6

Les lymphocytoses légères, moyennes ou fortes, 8 cas sur 25, ont été observées aussi bien dans les éruptions étendues que dans les éruptions restreintes. L'intensité de ces dermites est tellement variable d'un jour, d'un moment à l'autre, que l'on doit s'attendre à de grandes différences dans les réactions auxquelles elles peuvent donner lieu.

Ces faits nous paraissent devoir appeler deux remarques :

1° *Au cours des dermites infantiles simples, légères ou étendues, au cours des dermites papuleuses érosives ou non, on observe assez souvent des lymphocytoses rachidiennes appréciables et quelquefois très importantes.*

2° *Ce sont les dermites papuleuses florides, quelles que soient*

d'ailleurs les dimensions de leurs éléments, mais jeunes ou relativement récentes, qui s'accompagnent des plus fortes réactions. Lorsque l'éruption tend à diminuer, que les papules s'affaiblissent, on ne constate plus en général que des réactions légères ou nulles.

Nous rappellerons que c'est parmi les lésions cutanées *papuleuses* de la syphilis secondaire et de l'hérédo-syphilis que M. Ravaut a rencontré une partie des fortes lymphocytoses qu'il signale. Dans les cas de lésions cutanées et muqueuses superficielles, la réaction est en général nulle ou légère.

A titre de comparaison(1), nous avons étudié l'état du liquide céphalo-rachidien chez 23 nouveau-nés ou enfants très jeunes, exempts d'érythème : 13 avaient des *téguments normaux*, 10 étaient atteints de *pyodermite* à staphylocoques, d'*impétigo* streptococcique, plus ou moins superficiels et étendus.

Sur ces 23 cas :

3 réact. légères.

2 réact. discrètes.

18 réactions nulles.

Aux résultats que nous avons obtenus dans les dermites, une *objection* peut cependant être faite. Nous avons éliminé dans chacune des catégories précédentes, dermite vésiculeuse, dermite papuleuse, infections cutanées, tous les cas où la santé des sujets, ne nous avait pas paru satisfaisante. Mais les *otites moyennes latentes* dont on connaît la fréquence, particulièrement chez le nourrisson, sont peut-être cause dans une certaine mesure de cette réaction méningée. M. Hutinel, dans son enseignement, insiste sur la fréquence de ces otites. Nous-même avons souvent trouvé, à l'autopsie, du pus dans l'oreille moyenne, alors que rien pendant la vie du sujet n'avait permis

1. Dans certaines *dermatoses prurigineuses* (prurigo simplex, gale de l'enfance) on peut observer également une lymphocytose rachidienne. V. à ce sujet M. FERRAND, de la réaction du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques dermatoses des jeunes enfants. *Gaz. des hôp.*, 10 nov. 1908.

d'en soupçonner la présence. Delestre (1) aurait vu, dans les autopsies de prématurés, l'oreille moyenne constamment infectée.

En dehors de tout symptôme de *méningite* grave ou atténuée (2), de tout *phénomène nerveux réactionnel*, il semble bien qu'au cours de ces otites, la lymphocytose rachidienne soit exceptionnelle. Dans les travaux de MM. Monod, Voisin, Nobécourt, etc., nous avons pu trouver des observations *d'otite purulente survenant pendant l'évolution* (3) d'une infection broncho-pulmonaire ou intestinale. Ces otites ne se sont accompagnées, non plus d'ailleurs que l'infection initiale, *d'aucune réaction méningée histologique*. Dans deux de nos cas, également, une ponction faite quelques heures avant la mort ne montra aucune réaction du liquide céphalo-rachidien, alors que la cavité tympanique contenait du pus en abondance comme nous avons pu nous en assurer à l'autopsie.

L'explication probable de la lymphocytose dans les érythèmes nous semble tout autre. Cell-ci nous paraît dans la grande majorité des cas, ne dépendre ni d'une infection auriculaire latente, ni du retentissement à distance d'une infection cutanée : la lymphocytose fait défaut dans les impétigos simples, superficiels (4).

1. DELESTRE. Etude sur les infections chez les prématurés. *Th.* Paris, 1901, p. 130. — Salamo, dans une thèse récente faite sous l'inspiration de M. Broca, montre également la fréquence de la mastoïdite chez les nourrissons. *Th.* Paris, 1906.

2. DESHAYES. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale d'origine otitique. *Th.* Paris, 1907, p. 39 et 49.

3. Tels sont les cas 1 et 3 de NOBÉCOURT, VOISIN ET VITRY, *Soc. de Péd.*, 17 nov. 1903; les cas 4, 21 et 22 de NOBÉCOURT ET VOISIN, *Soc. de Péd.*, 17 mars 1903; le cas 1 de NOBÉCOURT. *Soc. de Péd.*, oct. 1904.

4. Dans les éruptions pemphigoïdes, dans les abcès multiples de la peau, d'origine staphylococcique, MM. Hutinel et Labbé (*Arch. génér. de médéc.*, 1896, p. 667), ont constaté en même temps que des phénomènes généraux, fièvre, prostration, troubles digestifs, des signes de réaction méningée. Il s'agit alors pour ces auteurs, soit d'une *staphylococcie* généralisée, soit d'une production de *staphylotoxines* virulentes. Ces cas nous semblent n'avoir rien de commun avec ceux que nous envisageons.

L'action des *toxines*, surtout intestinales, est susceptible au contraire de provoquer à la fois l'érythème et la réaction leucocytaire qui souvent l'accompagne. Belfanti, le Professeur Hutinel, Quincke (1) ont admis, en effet, l'existence de méningites séreuses résultant de l'action vaso-motrice des toxines microbiennes secrétées dans certaines infections, pulmonaires par exemple. D'autre part, MM. Marfan, Concetti (2), admettent que certaines formes séreuses « peuvent dépendre de l'introduction dans la circulation et de l'action sur le système nerveux de substances pathogènes (produits de la putréfaction et toxines microbiennes) qui ont leur origine dans l'appareil gastro-intestinal ». Ce sont là des *rapprochements* qu'il était peut-être intéressant de signaler.

*
..

En résumé, nous nous croyons autorisé à conclure de cette étude que, d'une façon générale, *la ponction lombaire ne peut servir d'aide toujours efficace lorsqu'on hésite chez le jeune enfant, sur le diagnostic de deux éruptions papuleuses, l'une syphilitique, l'autre syphiloïde.*

D'une part, en effet, au cours de syphilides papuleuses nettes, la réaction bien que fréquemment abondante, peut cependant *manquer* (3) ou être *très discrète* (4).

D'autre part, coexistant avec des dermites papuleuses florides, dont le diagnostic *clinique* et *histologique* ne fait aucun doute, on peut observer, même si l'on veut ne tenir compte que des lymphocytoses abondantes, *indiscutables*, des réac-

1. Pour toute cette question, Voir NOBÉCOURT ET VOISIN : Pathogénie des troubles méningés au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire. *Gaz. des hôp.*, 30 avril 1904.

2. CONCETTI. Sur les méningites aiguës non tuberculeuses chez les enfants. *XIII^e Congrès de méd. de Paris*, 7 août 1900. In *Annales de méd. et de chir. infant.*, 15 oct. 1900, p. 790.

3. RAVAUT. *Loc. cit.*, obs. 20; NOBÉCOURT et VOISIN. *Soc. de Péd.*, 17 mars 1903, obs. 6.

4. RAVAUT, *loc. cit.*, obs. 25.

tions du liquide céphalo-rachidien très comparables, au moins dans leurs apparences objectives, à celles qu'on rencontre dans l'hérédo-syphilis.

Une étude plus approfondie montrerait probablement entre les deux réactions, des *différences*. Dès maintenant, il nous semble que, dans les érythèmes (comme d'ailleurs dans diverses *dermatoses prurigineuses* que nous avons eu l'occasion d'examiner),

1° Ces lymphocytoses sont plus souvent légères, plus variables suivant les moments, probablement aussi moins durables (1) ;

2° Que si l'on considère la morphologie des éléments, on trouve assez fréquemment à côté de lymphocytes toujours prédominants, des éléments mononucléés volumineux et des cellules endothéliales en nombre plus considérable que dans la réaction des syphilitiques héréditaires, toujours essentiellement lymphocytaire (Ravaut).

De plus, il est bien évident que l'action du *traitement mercuriel* si frappante dans certaines observations de Belêtre (2), de Ravaut et Darré (3), de Ravaut (4), doit entrer en ligne de compte.

Il reste néanmoins que l'observation de telles lymphocytoses au cours des dermites papuleuses les plus légitimes, pourrait conduire un médecin non averti à une erreur grave.

On voit combien M. Ravaut avait raison d'insister sur les *précautions* dont on doit s'entourer avant d'attribuer à la lymphocytose rachidienne, chez des enfants issus de parents syphilitiques et ne présentant eux-mêmes aucun stigmate d'hérédo-syphilis, une signification sérieuse (5).

1. On peut comparer à quelques-unes de nos observations, celle de MM. NOBÉCOURT et BRELET (*Soc. de Péd.*, nov. 1905) où, au cours d'oreillons, une forte lymphocytose avait complètement disparu lors d'une 2^e ponction faite 3 jours après la première.

2. BELÊTRE. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. *Th.* Paris, 1902 ; obs. 34.

3. RAVAUT et DARRÉ. Etude des réactions méningées dans un cas de syphilis héréditaire. *Gaz. des hôpitaux*, 12 février 1907.

4. RAVAUT, *loc. cit.*, obs. 14, 22, 26.

5. RAVAUT, *loc. cit.*, p. 108.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE DES DERMITES DES NOURRISSONS

Du rôle de l'infection cutanée, de l'irritation produite par les selles, de l'auto-intoxication d'origine intestinale, dans leur production.

Nous avons étudié *cliniquement* les dermites des nourrissons ; nous avons vu ensuite que leur lésion anatomique essentielle était une *dermo-épidermite aiguë ou subaiguë* dont les caractères histologiques *élémentaires* étaient l'œdème et la congestion du corps papillaire, la spongieuse, la vésiculation, la parakératose.

Cliniquement et anatomiquement, toutes les fois qu'on les saisit *à leur début*, avant toute modification secondaire, on les trouve identiques d'aspect à tout *processus eczématisque* ou *eczématiforme*.

Mais ce processus peut dépendre de causes multiples : auto-intoxication, traumatisme physique ou chimique, médicamenteux ou parasitaire. Il était naturel de penser que dans ces régions constamment souillées, le rôle de *l'infection cutanée, l'action des agents microbiens et toxiques contenus dans les selles*, étaient prépondérants.

Nous allons essayer de montrer que ces deux causes seraient insuffisantes, si elles agissaient seules, à produire ces dermites.

A. — Rôle de l'infection cutanée dans la production des dermites infantiles

Pour M. Sabouraud (1), l'*infection cutanée* est d'importance primordiale : « la dermite polymorphe infantile de la région fessière est une *dermite impétigineuse* subaigue et ordinairement abortive ». *Impétigineuse*, c'est-à-dire pour M. Sabouraud, *dûe au streptocoque*.

M. Brocq, dans son récent traité, semble admettre cette interprétation. Il met au nombre des « réactions cutanées », les Erythèmes simples, la Dermite érythémateuse simple de l'enfant en bas âge avec son aspect « rouge cerise, tuméfié, chaud, luisant, vernissé » (2). Il décrit d'autre part, la Dermite vésiculeuse, puis la Dermite papuleuse considérée comme le résultat d'inoculations streptococciques dans une autre partie de son ouvrage, celle qui traite des « Dermites microbiennes » (3).

Il ne nous paraît pas que l'origine *purement microbienne* des dermites infantiles, soit un fait démontré.

Opinion de M. Sabouraud. Discussion.

a. Tout d'abord, « l'identité formelle des lésions et l'exacte homologie de leurs stades successifs » ne sont peut-être pas, dans les deux éruptions, aussi évidentes que l'indique M. Sabouraud.

1. « Mon ami Jacquet m'a fait remarquer la parfaite identité de forme et d'évolution de la lésion élémentaire de l'impétigo et de celle qu'il avait décrite aux fesses chez les nourrissons sous le nom de syphiloïde post-érosive et dont il reprit encore récemment l'étude sous le nom de dermite infantile papuleuse. L'identité formelle des lésions et l'exacte homologie de leurs stades successifs prouvent jusqu'à l'évidence l'identité foncière des deux processus. Si l'on veut bien comparer ma description de la dermite streptococcique chronique de l'adulte à celle de la dermite simple infantile de Jacquet, on verra cette ressemblance se poursuivre jusque dans le détail... La dermite polymorphe infantile, etc. »... Sabouraud, *Prat. Dermatolog.*, t. I, p. 870. Note.

2. L. BROCCQ. *Traité, loc cit.*, t. II, p. 278.

3. L. BROCCQ. *id.* t. I, p. 749.

1^o DERMITE ÉROSIVE. — EPIDERMITE A STREPTOCOQUE, 1^{re} PHASE, ÉROSIVE OU POST-ÉROSIVE (Sabouraud). Les érosions punctiformes ou élargies de l'*Erythème infantile* sont creuses, souvent légèrement soulevées, à bords bien découpés, de couleur rouge vif, recouvertes d'une gouttelette hémisphérique de sérum, quelquefois polycycliques par réunion de deux ou de plusieurs éléments.

« L'érosion streptococcique (1) est large, plane, non ourlée. Ce qui fait qu'on la distingue de la peau saine, l'exsudation mise à part, n'est pas un caractère de forme mais un caractère de couleur. Sa surface est lilas pâle. Elle n'a pas de bord visible ou à l'emporte-pièce ; la large goutte de sérum qu'elle exsude n'est pas hémisphérique, c'est un ménisque plat de sérum clair » (Sabouraud).

2^o DERMITE PAPULEUSE POST-ÉROSIVE. — EPIDERMITE A STREPTOCOQUE 2^e ET 3^e PHASES ; ECZÉMATISATION PRÉLICHÉNIENNE ; LICHÉNISATION (Sabouraud). Les *papules fessières* sont à base large, arrondies, lenticulaires, de surface souvent largement érodées ; elles apparaissent brusquement et évoluent complètement en 2, 5, 10 jours, suivant leur taille.

Voici comment M. Sabouraud décrit la formation de la *papule prélichénienne* (2) : « en suivant son évolution pendant des semaines, on verra peu à peu, à l'érosion primitive se substituer une papule saillante, sèche, lichénisée, de même grandeur et de même forme que l'érosion qu'elle a remplacée ». Après « des semaines et quelquefois plusieurs mois », commence la phase de lichénisation « qui peut durer plus d'une année. C'est alors le placard de *lichen circonscrit* de E. Vidal, de *névro-dermite* de Brocq et Jacquet ».

Il nous semble qu'il n'existe entre les deux éruptions qu'une analogie toute apparente : dans chacune d'elles, des formations papuleuses succèdent à des érosions. Mais les érosions

1. SABOURAUD in Article *Eczéma* de E. Besnier. *Pratique dermat.*, t. II, p. 895, note.

2. SABOURAUD. *Ann. de Dermatologie*, 1900, p. 358 et suiv.

primitives n'ont qu'une ressemblance superficielle : la transformation brusque dans un cas, l'évolution subaigue et chronique dans l'autre, ne sont nullement comparables : enfin la papule, dans les deux éruptions, présente des différences notables. On ne peut confondre *dans une même description*, la dermite papuleuse de nos enfants (photographie 1) et une lésion subaigue ou chronique — même abortive — plus ou moins voisine de l'eczéma chronique ou la neuro-dermite. Nous n'avons jamais observé d'ailleurs, à la suite de nos érythèmes, de tendance même légère à la lichénification.

L. Nous croyons qu'il n'y a pas davantage *identité de nature*.

M. Sabouraud s'appuie pour établir l'origine streptococcique de la lésion qu'il décrit, sur deux arguments (4).

1° *L'ensemencement en pipette* (peptone neutre-ascite) révèle à chacune des 3 périodes la présence constante du streptocoque.

2° On trouve sur les coupes de cette strepto-épidermite, la lésion anatomique élémentaire, le stade premier de la *phlyctène streptococcique* que l'on rencontre dans l'Impetigo aigu : « un point d'œdème sous-corné, un point de spongieuse superficielle ».

Nous avons cherché ces deux caractères dans les dermites infantiles.

1° Nos ensemencements n'ont montré qu'une fois des *chaînettes* courtes mêlées à des amas de cocci divers. Dans nos autres cas, nous n'avons obtenu que du staphylocoque. Mais même si nous avions constaté dans nos dermites, la présence fréquente ou habituelle du streptocoque, cela prouverait seulement selon nous, que ce microbe existe à la surface ou à l'intérieur des éléments éruptifs, et non que cet élément soit *d'origine streptococcique*.

2° Nous avons souvent rencontré sur nos préparations les îlots de spongieuse superficielle qui sont pour M. Sabouraud la

1. SABOURAUD. *Pratique Dermatol.*, t. I; p. 897.

lésion primordiale, précédant la phlyctène d'inoculation streptococcique. Mais toute affection avec œdème dermo-épidermique peut s'en accompagner également. Et même si l'on trouvait sur nos coupes la phlyctène streptococcique, cela prouverait seulement, à notre sentiment, que la dermite s'est *impétiginisée* et non pas qu'elle soit d'origine streptococcique.

En résumé, ni dans la forme de la lésion primitive érosive et de la papule qui lui succède, ni dans leurs caractères histologiques et bactériologiques, nous ne trouvons, entre la strepto-épidermite chronique de l'adulte et la dermite du nourrisson, de ressemblances suffisantes pour que nous fassions dépendre cette dernière du streptocoque. Même s'il s'y rencontrait de façon habituelle, nous admettrions simplement qu'il *concourt*, au même titre que d'autres agents microbiens, le staphylocoque par exemple, à modifier l'apparence de ces dermites, à les *impétiginiser*, non qu'il suffit à les *créer* de toutes pièces. Comme le fait judicieusement remarquer M. Brocq (1), « il ne faut pas croire que toute dermatose dans laquelle on retrouve le streptocoque doive être rangée dans les streptococcies : s'il en était ainsi, une grande partie de la dermatologie devrait y rentrer ; car, quoi qu'on en ait dit, on retrouve du streptocoque sur de nombreuses lésions cutanées dans lesquelles il ne joue qu'un rôle très accessoire, parfois même tout à fait effacé. Pour ranger une dermatose dans les streptococcies, il faut que le streptocoque y joue le rôle de dominante étiologique et pathogénique » (2).

1. L. BROCCQ, *loc. cit.*, t. I, p. 737.

2. Nous croyons devoir faire remarquer que ce n'est nullement le procès des dermites microbiennes telles que les ont établies les travaux de M. Sabouraud, que nous avons tenté. Nous avons voulu seulement discuter l'origine streptococcique des dermites infantiles. Or, n'ayant pas trouvé dans les travaux de M. Sabouraud d'examen histologiques ou bactériologiques concernant les érythèmes vésiculeux ou papuleux des nourrissons, nous croyons que le seul argument sur lequel il se soit fondé, est la ressemblance morphologique de ces éruptions avec sa stre-

B. — Rôle des selles et des urines dans la production des dermites infantiles.

Les dermites infantiles qui ne sont pas, croyons-nous, sous la dépendance exclusive d'une cause microbienne, pouvaient être dûes aux multiples produits *toxiques* contenus dans les matières et les urines qui baignent constamment le siège des enfants.

Nous avons essayé de savoir, *par l'application des matières et des urines de l'enfant sur un point de son corps habituellement préservé*, quel était leur rôle dans la production des Erythèmes.

La région du coude, reposant par sa face postérieure sur le plan du lit, supportant une partie du poids de l'enfant et par conséquent légèrement traumatisée, présentant de plus sur sa face antérieure, une peau fragile comme dans tous les plis de flexion et susceptible par sa situation de suinter facilement, nous a paru la plus favorable à l'essai que nous tentions.

Rôle des urines. — Sept nourrissons atteints d'erythème fessier à des degrés divers. — simple rougeur limitée, éruption plus aigue, début d'une poussée papuleuse, éruption qui se flétrit, fonce et disparaît. — ont reçu pendant 1, 2, 4 jours consécutifs de petits pansements avec des compresses imbibées de leur urine (1)

Le plus souvent nous n'avons obtenu *aucun résultat*. Quelquefois seulement, une légère rougeur passagère, une dénu-

pto-épidermite. Nous nous sommes efforcée de montrer que cette ressemblance était loin d'être évidente et que l'origine véritable des dermites infantiles restait à établir.

1. Des carrés de toile étaient disposés sous le siège de l'enfant. Toutes les 2 ou 3 heures, les enfants étaient changés. Si les compresses n'étaient pas souillées de matière et seulement imbibées d'urine, elles étaient appliquées et fixées sur les bras du sujet. Elles étaient ainsi renouvelées 6 à 7 fois en moyenne dans les 24 heures.

dation extrêmement superficielle de l'épiderme, comme sous n'importe quel pansement humide un peu serré.

Rôle des selles. — Sur 8 nourrissons, des pansements ont été pratiqués de la même façon avec les matières du petit malade. Elles étaient, suivant les sujets et pour un même sujet suivant les moments, normales, mélangées, diarrhéiques, vertes, glaireuses, etc. Les pansements ont été renouvelés 3 à 6 fois dans les 24 heures et laissés en place de 2 à 6 jours.

En général, au bout de 12 heures, rougeur avec inflammation extrêmement légère des téguments. Ces pansements en effet, séchaient assez vite et provoquaient une irritation mécanique. En deux ou trois jours, on voyait se produire des surfaces roses ou rouges, légèrement dénudées, avec des excoriations irrégulières, d'un rouge plus foncé, peu suintantes, et même de minimes vésico-pustules grises de miliaire staphylococcique. Dans deux ou trois cas, au bout de 4 à 5 jours, la peau était un peu plus vivement enflammée, un peu tuméfiée ; il semblait y avoir une dermo-épidermite légère. Mais trois heures après la cessation du pansement, à la suite d'un simple poudrage, ces surfaces étaient flétries et à la fin de la journée, réépidermisées.

En résumé, cliniquement, nous avons obtenu par l'application prolongée d'urine et de matières, des lésions extrêmement superficielles qu'on aurait pu produire à l'aide d'un pansement humide un peu serré, ou d'un pansement un peu irritant. Elles ont pu être observées sur nos enfants, en dehors des surfaces d'application et elles étaient dues aux bandes qui maintenaient les compresses. Ce sont ces mêmes lésions qui se produisent au cou, aux aisselles, etc., quand l'enfant a chaud, transpire et qu'il est serré par une brassière trop étroite. Très rapidement d'ailleurs elles rétrocédaient quand l'action irritante était suspendue. Nous avons créé une *dermite traumatique* superficielle et passagère.

Cinq examens histologiques ont confirmé cette impression. Dans 4 cas, nous n'avons observé qu'une infiltration et un

œdème insignifiants du corps papillaire. Pas d'altération épidermique un peu importante en général, quelquefois des vésicopustules très superficielles, rappelant les éléments les plus minimes de la miliaire staphylococcique. Elles n'avaient qu'une existence éphémère, entamaient superficiellement le corps muqueux et étaient vite éliminées. La place qu'elles avaient occupée se reconnaissait à une légère dépression épidermique, aux extrémités de laquelle on voyait une petite surface parakératosique.

Dans un cas choisi à dessein sur la surface la plus altérée que nous ayons rencontrée, un peu plus d'œdème papillaire, dénudation très minime des couches superficielles de l'épiderme remplacées par quelques assises de cellules aplaties. A côté, quelques papilles atteignent la surface expliquant les petits pertuis suintants observés cliniquement.

En somme, *altérations tout à fait superficielles*, donnant l'impression d'une inoculation externe, d'une dermite artificiellement obtenue et très légère. Rien qui rappelle les poussées profondes d'œdème et de congestion dermo-épidermique de nos érythèmes.

La part qui revient dans cette dermite provoquée aux *germes microbiens* et aux *toxines* contenues dans les selles, est difficile à établir. Cependant, cette dermite n'a été un peu étendue et un peu intense que dans les cas où les enfants étaient en poussée d'érythème. Assez souvent, l'érythème et la dermite provoquée sont apparus en même temps. Dans un cas, la dermite provoquée cède bien que les applications irritantes soient continuées, quand l'enfant d'abord nourri au biberon est mis au sein. Par contre, dans un autre cas, la rougeur du bras augmente, en même temps que les selles deviennent vertes et que, par une coïncidence assez fréquente, l'érythème fessier diminue.

Il semble donc que les selles, témoin de l'état du tube digestif, aient une action sur les téguments avec lesquels elles sont en contact presque permanent. Elles *provoqueraient* vraisem-

blement à elles seules, dans certains cas, une *dermite traumatique* : elles ne sont pas suffisantes à produire les érythèmes infantiles, leurs multiples apparences, leur apparition brusque, leur évolution par poussées aiguës souvent intenses. L'érythème atteint fréquemment des régions qui n'ont pas été au contact des matières, l'abdomen, la poitrine, la face. *Il peut donc exister sans elles.*

En d'autres termes, les selles ne nous paraissent pas être la *cause* des dermites infantiles telles que nous les avons étudiées. Leur *rôle*, pour être plus restreint, n'en est pas moins réel. Au même titre que les frottements, les excitations répétées, dont le plan postéro-inférieur du corps de l'enfant est le siège, elles *provoquent* peut-être dans certains cas, elles *localisent* le plus souvent, et *modifient* par la macération et l'infection qu'elles entretiennent une éruption qui paraît avoir une autre cause.

*
* *

Le rôle si important joué par l'*état de l'intestin* de l'enfant, par le *régime* auquel il est soumis ; les *modalités* de l'éruption, sa *brusquerie*, ses *transformations*, son *évolution* si variable ; ses *lésions histologiques élémentaires*, tout cet ensemble de caractères qui la rapprochent d'autres dermatoses dites, faute de mieux, d'origine interne, semblent plaider en faveur d'une *cause toxique*.

Que le *mécanisme* (1) de son action réside dans l'élimination, à la surface de la peau, des produits de fermentation ou des toxines intestinales (Concetti), ou qu'il faille soupçonner « l'in-

1. Voici à ce propos l'opinion de M. Jacquet. « L'action des *féces* est évidente : l'irritation qu'ils exercent, plus encore peut-être leurs altérations chimiques et biologiques (selles *acides*, selles *vertes*, etc.) sont des facteurs de première importance, mais capables seulement de *renforcer*, non de *créer* de toutes pièces, et par conséquent d'*expliquer* ces dermatoses. Il y a donc un autre élément en jeu et le fait, sur lequel Moussous insiste judicieusement et que j'ai comme lui plusieurs fois constaté, de leurs alternatives rapides d'éclosion et de délitescence, est bien pour faire suspecter l'intervention du système nerveux vaso-moteur. Or, il est

tervention du système nerveux vaso-moteur » (Moussous), c'est ce qu'il est impossible de préciser.

Ce qui paraît certain, c'est que l'état des voies digestives règle, pour ainsi dire, dans la plupart des cas, l'apparition, le développement, la disparition de l'Erythème. Au même titre que le prurigo et l'« eczéma » par exemple, la dermite des nourrissons semble être avant tout une *toxidermie*. Son siège d'élection est en rapport avec des *causes localisatrices* en grande partie mécaniques ; ses modifications, infection, ulcérations, etc., sont dues à des *interventions microbiennes*. Mais toutes ces causes, semble-t-il, sont *secondaires* ; réunies, elles ne peuvent que faire *varier son apparence*, elles seraient *impuissantes à la créer*.

Qu'une même lésion cutanée, banale en elle-même, la *dermo-épidermite*, soit la *caractéristique anatomo-clinique commune* d'affections en apparence si différentes, les eczémas, les eczématisations, les prurigos, les érythèmes infantiles d'une part, les dermites traumatiques microbiennes ou toxiques d'autre part, il n'y a là rien qui doive surprendre. « Entre la multiplicité des agents offensifs et le petit nombre des processus défensifs », il y a une véritable opposition. « A des causes nocives, infiniment variées, l'organisme ne peut répondre que par un nombre très restreint de modifications réactionnelles » (Darier).

manifeste que des troubles digestifs variés, *même sans diarrhée* (renvois, vomissements, etc.), je l'ai observé tout récemment encore de façon positive, *accompagnent* souvent et parfois *précèdent* la dermite ; que l'évolution dentaire normale et surtout anormale provoque indéniablement, entre autres *sympathies*, des irritations cutanées dont la dermite simple est l'une des plus vulgaires. Le tube digestif paraît donc être un point de départ fréquent de ces dermatoses, quelle que soit d'ailleurs la modalité, réflexe ou autre, qui préside à ces retentissements. Mais il n'est probablement pas le seul : Moussous a noté, avec raison encore, que parfois il est impossible de relever le moindre trouble dans la santé de certains enfants atteints pourtant de poussées érythémateuses fréquentes et prolongées. » (L. JACQUET, *Traité des mal. de l'enfance*, Grancher, Comby, Marfan, t. IV, p. 727).

OBSERVATIONS (1)

DERMO-ÉPIDERMITES ECZÉMATIFORMES

Dermites érythémateuses simples, vésiculeuses, érosives.

Observation 1. — Dermite simple vésiculeuse de la cuisse. Examen histologique.

Lucien Reb., 10 jours, entre à la Nourricerie le 22 sept.

Bel enfant ; 3 k. 350 ; très bien portant ; deux à trois selles mélangées par jour. Mis au sein.

Très léger érythème fessier. Quelques vésicules à la face.

Sur la face antéro-interne des cuisses, à la partie inférieure, *semis très fin, grisâtre*, composé de petites *vésicules* reposant sur une nappe érythémateuse légèrement congestive (*a*).

A mesure qu'on gagne le pli de l'aîne, la vésiculation diminue et disparaît. A deux cent. du pli, il n'y a qu'une rougeur un peu inflammatoire. On a l'impression d'une *dermo-épidermite légère* (*b*). La peau est un peu épaissie entre les doigts ; sa couleur est rose clair à reflets blanchâtres ; il existe un plissé très fin et superficiel ; quelques points paraissent un peu dénudés. En d'autres, l'épiderme corné desquame en fines lamelles fragmentées laissant de menus orifices arrondis un peu rouges. Enfin, dans le pli de l'aîne, *suintement* minime et *macération* épidermique superficielle.

Du 22 au 24 sept., l'enfant est au sein. Les selles sont mélangées ; l'érythème est en voie d'augmentation.

Du 24 au 26, l'enfant est mis au biberon.

Le 26 sept., l'érythème des cuisses est dans le même état ; un peu amélioré cependant, plus sec, avec une desquamation plus abondante. Il y a sur les jambes, en peau paraissant saine, de petites vésicules arrondies, jaunâtres, à cause de l'épaisseur de la couche cornée.

Examen histologique. — (*a*) *Semis fin, grisâtre, de la cuisse.* — Spongieuse, parakératose ; deux vésicules bien développées, l'une d'elles est pérépilaire.

Au Gram, dans plusieurs coupes, pas de microbes dans les deux ou

1. Nous avons désigné par les chiffres 1, 2, 3, la plus ou moins grande quantité d'albumine trouvée dans nos liquides céphalo-rachidiens. Le chiffre 1 désigne déjà une quantité plus forte que celle qu'on rencontre d'habitude.

trois vésicules de chaque préparation. Quelques cocci dans la couche cornée.

(b) *Nappe rouge congestive proche de l'aine.* — OEdème et congestion papillaires ; nombreux points de spongieuse ; oedème épidermique cellulaire et intra-cellulaire ; parakératose ; formation de vésicules histologiques (V. photographie et description, page 26).

Observation 2. — *En même temps et au même stade*, sur les fesses et la figure, dermite vésiculeuse à éléments encore conservés pour la plupart. Apparition de grandes taches d'érythème érosif aux dépens de petites vésicules d'abord isolées, puis rompues et fusionnées. Ponction lombaire : Lymphocytose très discrète.

Marguerite Barb., 12 jours, entre à la Nourricerie le 1^{er} août.

Belle enfant ; 3 k. ; selles mélangées, muguet qui cède en 2 jours. Pendant que l'enfant était au biberon, 1^{er} et 2 août, sur le siège, les cuisses et les jambes, semis vésiculeux fin, réparti en groupes de très petites vésicules pour la plupart intactes.

Le soir, les vésiculettes composant chacun de ces groupements se sont fusionnées. Il y a maintenant de petites taches érosives de 3 à 4 mill. de diamètre. Par places, d'ailleurs, des vésicules sont encore isolées.

A la face, même semis, au même stade. Quelques vésicules ont déjà un contenu un peu louche. Mais le soir même et le lendemain elles sont restées pour la plupart isolées et sont devenues plus volumineuses.

La surface sur laquelle elles reposent a pris du corps, donnant l'apparence d'une légère eczématisation. Ce fin semis a donc en 24 heures subi une transformation qui lui est habituelle : eczématisation légère comparable aux eczématizations banales du visage, avec, çà et là, quelques pustulettes.

L'enfant est mise au sein. Elle est bien portante ; pas de fièvre.

Ponction lombaire. — 5 août. — Disque albumineux presque normal ; lymphocytose très discrète.

Observation 3. — Dermite fessière vésiculo-érosive. Transformation sur place des éléments vésiculeux en éléments érosifs.

Louis Isamb., 15 jours, entre à la Crèche le 3 juin.

Erythème des fesses et de la face postérieure des cuisses et des jambes. Sur les parties latérales du siège, petits groupes de 5 à 10 vésiculettes très serrées. Quelques-unes ont encore un contenu louche, les autres sont affaissées, d'autres légèrement croûteuses, d'autres enfin transformées en éléments érosifs banals avec au centre, derme à nu, rouge vif, et à la périphérie desquamation en collerette.

A la plante du pied, même processus. Mais à cause de l'épaisseur de la couche cornée, les vésicules peuvent sans se rompre, atteindre un volume plus considérable.

Observation 4. — Dermite vésiculo-érosive. Examen histologique : sur la fesse, érosion présentant encore des *restes de la vésiculation antérieure* sous forme de *collerette épidermique*. Sur la jambe, vésico-pustules, en peau saine, à côté de la nappe érythémato-vésiculeuse.

Marcel Coud., 10 jours, entre à la Nourricerie le 23 sept.

Très bel enfant ; 3 k. 040. Selles jaunes. Mis au sein.

Erythème vésiculo-érosif très léger, de la dimension d'une pièce de 5 francs sur chaque fesse. La trace de la vésiculation antérieures s'observe encore sous forme d'une collerette blanche opaque à la périphérie de chaque érosion (*a*) et la recouvrant légèrement.

Le centre est un peu creux et rouge. Nappe assez fortement congestive mais chaque vésicule n'a pas de base œdémateuse.

Sur la face postéro-externe des membres inférieurs, loin de la rougeur et sans continuité avec elle, plusieurs vésico-pustules grises, isolées (*b*), très petites, parfaitement rondes, durant déjà depuis quelque temps.

D'autres, à côté, ont leur toit ridé et affaissé.

Examen histologique. — (*a*) *Un des éléments du centre de la fesse.* Lésions habituelles de dermo-épidermite : disque de parakératose épais et rompu en son centre. Les extrémités persistent seules sous forme de deux lamelles légèrement soulevées.

(*b*) Vésicule bien formée ; passant près d'elle, un canal sudoripare. Spongieuse péri-vésiculaire. Réaction dermique légère au voisinage. Plus loin, sur toute l'étendue de la coupe, peau normale. *Au Gram*, sur chaque coupe examinée, petits diplocoques très fins dans la vésicule. Dans la couche parakératosique et dans les débris cornés au-dessus de l'élément, nombreux cocci plus gros, en amas.

Observation 5. — Dermite simple en voie de diminution : rougeur encore accentuée, très léger épaissement de la peau ; traces à peine visibles d'érosion. Examen histologique. Ponction lombaire : Liquide céphalo-rachidien normal.

Geneviève Loubr., 11 jours, entre à la Nourricerie le 27 août.

Enfant bien portante, 2 k. 500. Ganglions, foie, rate, normaux ; pas d'otite ; pas de stigmates syphilitiques ou rachitiques.

Sur le siège, érythème paraissant en voie de diminution. Peau rouge sombre, un peu épaissie ; plissement difficile, sans véritable infiltration (*a*).

Ponction lombaire. — Disque albumineux plus important que normalement. Réaction nulle.

31 août. — Quatre jours après, même état. Il ne s'est formé sur la nappe érythémateuse ni puits, ni vésiculation apparente. Près de l'anus cependant, apparaissent quelques érosions. L'enfant est mis au sein depuis quatre jours ; il a encore des selles mélangées. Pas de fièvre.

1^{er} sept. — Diarrhée. A partir de ce jour, l'enfant baisse progressivement de poids. Le 6, T = 34.5 ; muguet. Il meurt le 14 ; pesant 2 k. 070 ; la temp. ayant oscillé entre 35 et 37°.

À l'autopsie, broncho-pneumonie bilatérale. Ni tuberculose, ni syphilis.

Examen histologique. — (a) Réaction légère du corps papillaire. Infiltration banale ; quelques capillaires dilatés. Pas d'augmentation de volume des bourgeons interpapillaires. Dans toute la pièce débitée en coupes sériees, on n'observe qu'une seule vésicule à contenu granuleux ayant déjà atteint les couches superficielles et près d'être éliminée. La papille située au-dessous est un peu plus développée que les voisines.

Observation 6. — Dermite vésiculo-érosive du siège. Sur la cuisse, semis de vésicules en partie rompues ; érosions à collerette épidermique. À côté, semis de vésicules blanchâtres. Examen histologique.

Marie-Louise Yperz, 12 jours, entre à la Nourricerie le 26 sept.

Assez belle enfant, 2 k. 900. Selles mélangées. Mise au sein.

Erythème vésiculo-érosif du siège assez étendu.

Sur les cuisses, à la région antérieure et supérieure, sur une peau sensiblement normale de couleur et d'aspect, quelques vésicules très fines, d'autres un peu plus grosses, rompues, dont la surface d'érosion s'est un peu agrandie, gardant encore une mince collerette épidermique.

Histologiquement, disque de parakératose rompu en son centre. Dermo-épidermite banale très légère et sans vésiculation.

Sur la cuisse, à la partie moyenne, fin semis de vésicules ayant conservé leur toit corné qui laisse apercevoir par transparence leur contenu un peu louche.

Histologiquement, dermo-épidermite banale, vésicules se vidant dans la couche cornée. Au Gram, aucun microbe dans la cavité. Assez nombreux cocci volumineux à la surface.

Observation 7. — Dermite vésiculo-érosive très étendue. Troubles intestinaux. Diminution et disparition rapides, *en même temps* que les selles redeviennent normales, quand l'enfant est mis au sein. Sur les membres inférieurs, semis de vésico-pustules bien développées, un peu infectées. Examen histologique. Ensemencements.

Paule Ors., 4 mois, entre à la Nourricerie le 18 août.

Belle enfant ; 3 k. 500 ; mise au biberon d'abord. Selles mélangées. Erythème vésiculo-érosif très étendu ne respectant qu'une bande étroite sur la face antéro-externe des jambes et des cuisses.

Sur les cuisses et les jambes, à la périphérie de la zone érythémato-érosive, semis de vésico-pustulettes (a) à toit corné épais, blanc opaque et comme macéré. C'est l'apparence habituelle en région humidifiée. Goutte de sérosité à peine louche à la pique. À côté, par places, le toit

des vésicules est rompu ; il reste de petites taches d'un rouge violacé avec rougeur diffuse à la périphérie.

Sur l'abdomen, à la partie inférieure, même aspect.

Vers l'ombilic, quelques pustulettes isolées avec halo inflammatoire carminé.

Les jours suivants, après que l'enfant a été donnée à une nourrice, amélioration rapide.

3 sept. — L'enfant part en nourrice. La peau est parfaitement saine partout et la guérison est achevée déjà depuis plusieurs jours.

Examen histologique. — (a) Vésico-pustule bien développée. Points disséminés de parakératose. Par places, volumineuses papilles allant presque jusqu'à la surface former des puits. Sur un point de la coupe, une vésicule remplie de nombreux polynucléaires.

Au Gram, sur vingt coupes examinées, aucun microbe.

Ensemencements :

1. Sérosité d'une vésicule macérée du semis de la cuisse. Examen direct : staphylocoques nombreux et quelques fausses chainettes composées de diplocoques disposés les uns à la suite des autres, mais sans former une ligne régulière.

Pipette, sérum-ascite ; 20 heures . . .

Bouillon staphylocoques.

Gélose

2. Sérosité d'une vésicule isolée voisine de

l'ombilic, même technique staphylocoques.

3. Sérosité d'une vésicule fine de la fesse,

même technique staphylocoques.

En résumé, l'ensemencement a donné seulement, quelles qu'aient été les techniques, du staphylocoque pur. Il provenait peut-être de l'infection secondaire des vésicules, ou du contact accidentel de la pointe de la pipette avec la peau macérée voisine.

Observation 8. — Dermite vésiculo-érosive des cuisses et des jambes. Examen histologique : nappe érythémato-vésiculeuse du haut de la cuisse ; vésicule en peau saine ; élément isolé ressemblant à de la miliaire pustuleuse. Ensemencements.

Julien Cit., 12 jours, entre à la Nourricerie le 16 sept.

Bel enfant ; 3 k. 140. Mis au sein. Selles jaunes.

(a) Sur toute la surface en contact avec les liquides et les matières, semis de très fines vésicules, quelques-unes claires, d'autres un peu plus grises, sur un fond rouge assez vif. A la périphérie, quelques vésiculettes un peu plus grosses, encore peu infectées.

(b) Sur le dos et les fesses, quelques éléments isolés, disséminés ou

réunis en petits groupes, mais toujours distants les uns des autres. Ils sont plus saillants, jaunâtres, quelques-uns avec une croûte brune centrale. Ils ressemblent à de la miliaire pustuleuse.

25 sept. — L'érythème des jambes a beaucoup diminué d'étendue et d'intensité. A la périphérie, à deux centimètres de la rougeur, à la place occupée antérieurement par l'érythème, vésico-pustules assez volumineuses, de toutes les tailles, avec un toit un peu ridé, aplaties, cerclées par un halo rouge (c).

Examen histologique. — (a) *Nappe du haut de la cuisse avec fin semis clair* (V. photo, pages 31, 32), *vésicules bien formées.* — Spongieuse. OEdème et infiltration du corps papillaire. Au Gram, pas de microbes dans la vésicule bien développée figurée sur la microphotographie. Dans toutes les petites vésicules et dans les points de spongieuse observés sur le fragment débité en série, aucun microbe. Au contraire, dans la couche cornée, gros cocci en volumineux amas.

(b) *Elément isolé de la hanche ressemblant à de la miliaire pustuleuse.* — Ce n'est, histologiquement, qu'une vésicule en régression, péri-pilaire, du même type que les autres, contenant des polynucléaires assez abondants. Au Gram, pas de microbe dans cette vésicule. Quelques cocci à la surface de la squame voisine de l'orifice du follicule.

(c) *Elément vésiculeux assez développé, affaissé déjà, qu'on aurait cru développé en peau saine.* — Spongieuse sur plusieurs points; oedème et infiltration appréciables du corps papillaire. Sous la couche cornée, amas granuleux, restes probables du contenu de la vésicule déjà éliminée. La spongieuse sous-jacente persiste seule.

Ensemencements des vésiculettes grises de la jambe. 16 sept.

Pipette; sérum-ascite; 20 heures . . . aucun résultat.

Bouillon; 24 heures staphylocoques.

Gélose; 24 heures quelques colonies grises :
quelques-unes deviennent jaune d'or, les jours suivants : staphylocoques dorés.

Examen direct : nombreux polynucléaires et quelques cellules épidermiques altérées. Très rares microbes; quelques-uns extra, d'autres, intra-cellulaires. Cocci, par groupes de deux ou trois, prenant le Gram.

Observation 9. — Dermite fessière simple. *Folliculites* du siège et de la région sacrée chez une enfant à *système pileux remarquablement développé.*

Suzanne Mign., 1 an, entre à la Crèche le 15 août.

Enfant un peu maigre; chapelet costal; ganglions inguinaux nombreux et durs; rate non appréciable à la palpation.

Toute la région sacrée, le siège jusqu'à trois centimètres de l'anus et

jusque dans le sillon génito-crural, sont couverts d'un grand nombre de pustules du volume d'une demi-lentille, à contenu crêmeux, presque toutes centrées par un poil. Quelques-unes sont intactes, d'autres sont rompues, d'autres persistent seulement sous la forme d'une couronne épidermique, épaisse, blanche.

Erythème fessier disséminé, peu développé.

Le système pileux de cette enfant a un développement anormal. Cheveux épais, cils longs, duvet sur les bras, les cuisses, poils adultes à la face postérieure du sacrum, plus petits et fins mais bien développés sur les fesses et la racine des cuisses. Duvet sur le pubis et la grande lèvre.

Observation 10 — Dermite vésiculo-érosive des membres inférieurs. Eléments plus creux sur les cuisses et les jambes reproduisant aux *malléoles* l'aspect des ulcérations dites *plaques athrepsiques*. Examen histologique. Recherche du tréponème négative. Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien normal.

Béty Czarmé, 1 mois, entre à la Nourricerie le 16 juillet.

Assez belle enfant ; 4 k. 020 ; mais pâle ; racine du nez un peu aplatie ; rate appréciable à la palpation ; ganglions inguinaux durs, mobiles.

Près de l'anus, quelques éléments à base congestive.

Sur les cuisses, reliquat d'érythème érosif simple ; plissement léger à la périphérie. Sur les jambes et surtout sur le bord interne des pieds, surfaces allongées à contours bien dessinés, à bords encore légèrement surélevés, à centre un peu déprimé mais complètement épidermisé et de couleur jaune brun, un peu jambonnée. Aux *malléoles*, on retrouve les mêmes éléments. Bien qu'en voie de disparition, ils rappellent l'aspect de certaines plaques athrepsiques (a).

Sur les jambes, au-dessus des *malléoles*, les éléments non indurés sont de couleur cuivrée. Par places, desquamation, à larges lambeaux circinée. Ces derniers éléments se creusent davantage à mesure qu'on approche des *malléoles*.

Réparation rapide et disparition en 3 jours.

Fissure rétro-auriculaire rappelant une plaque muqueuse qui persiste un peu plus longtemps.

Ponction lombaire, le 16 juillet : Réaction nulle.

Le 22 juillet, l'enfant est envoyée en nourrice, bien portante.

Examen histologique. — (a) *Plaque malléolaire* : Bourgeons interpapillaires minces et allongés. Infiltration papillaire banale. Légère érosion épidermique en voie de réparation et recouverte d'un disque parakératosique. Un fragment est traité par la méthode de *Levaditi* : aucun tréponème sur plusieurs coupes. *Frottis* de la plaque rétro-auriculaire : examen négatif.

Observation 11. — Dermite érosive du siège ; dermite vésiculeuse

des cuisses ; dermite vésiculeuse et érosive de la région crurale antérieure et du pli de l'aîne ; *dermite-intertrigo* au début.

Alfred Bocq., 15 jours ; reçu à la Crèche, le 27 juin 1907.

Bel enfant, aucun stigmaté.

Sur les fesses et la partie postéro-supérieure des cuisses, érosions rouges dont quelques-unes se réunissent en taches polycycliques.

Elles sont disposées en placards irréguliers et à bords émiettés. A la périphérie, desquamation superficielle, fragmentée.

Même aspect sur la face antéro-interne des cuisses. Près du pli inguinal, et jusque sur le scrotum, dénudation épidermique très superficielle ; surface dépolie, rouge vif, luisante ; excoriations punctiformes ou lenticulaires exactement comparables à celles qu'on observe à la face postérieure du membre. A la périphérie de ce placard inguinal, plusieurs groupes de vésiculettes intactes.

Le lendemain, 28 juin, ces vésiculettes se sont rompues ; à leur place, érosions rouges semblables à celles notées la veille sur le placard inguinal ; quelques-unes sont entourées d'une collerette épidermique. Plissement épidermique très fin, à plis parallèles.

Dans le pli inguinal, fissuration linéaire, rouge vif, suintante ; fragments d'épiderme macérés ; *exsudation un peu louche*.

L'enfant quitte le service le soir même.

Observation 12. — Dermite érosive avec papules congestives. Dermite vésiculeuse des *plis inguinaux*.

André Alb., 6 mois, reçu à la Crèche le 29 juin 1907.

Enfant bien portant ; un seul ganglion difficilement perceptible dans l'aîne gauche.

Placards d'érythème érosif et suintant sur la face postérieure des cuisses et sur les fesses. Au centre de la région fessière, quatre à cinq papules congestives, érosives.

Sur la face interne des cuisses, semis superficiel, paraissant déjà ancien, de points érosifs post-vésiculeux.

Aux deux *plis inguinaux*, rougeur diffuse, rosée plutôt, humide, lisse, vernissée. On y observe un semis très fin de vésiculettes non rompues, qui s'entourent d'une auréole rouge, et à côté se réunissent en formant des taches érosives polycycliques. Dans le pli, exagération du suintement, érosion linéaire très superficielle, rouge clair.

A la partie inférieure de l'abdomen, le pli *sus-pubien*, assez profond, porte les traces d'érosions post-vésiculeuses tout à fait semblables à celles de l'aîne et des cuisses. Ces érosions sont plus anciennes. La peau est plissée, finement desquamante ; fissuration linéaire, rouge, non suintante, dans le fond de ce pli.

Observation 13. — Dermite érosive semée de petites papules cédé-

mateuses parfaitement dessinées. *Dermite-intertrigo* débutante du pli de l'aîne.

Victor Beaud..., 3 semaines, entre à la Crèche le 29 juin 1907.

Bel enfant ; rate, foie normaux ; ganglions inguinaux à peine perceptibles ; minime hydrocèle droite.

Erythème érosif humide et rouge très étendu, sur les fesses et les cuisses. A la base du tronc et sur la face, quelques vésicules disséminées.

Sur les fesses, une dizaine de papules congestives érodées, formant une saillie très nette et donnant au doigt une sensation veloutée.

Aux *plis inguinaux*, nappe rouge, lisse ; surface fortement suintante ; à côté, desquamation par larges placards semblables à ceux qu'on voit sur la face externe des membres inférieurs. Cette surface est semée de petits pertuis punctiformes, semblables aux érosions post-vésiculeuses. Dans le pli même, fissuration extrêmement superficielle.

Observation 14. — Dermite vésiculo-érosive très étendue, intense. Très forte lymphocytose rachidienne *Léger ictère*.

Louise Lag..., 15 jours ; Crèche, 11 juillet 1907.

Assez belle enfant ; léger ictère ; aucun stigmaté ; ganglions, rate, foie, normaux. Pas d'otite ; temp. normale.

Ponction lombaire. — Liquide limpide à reflets verdâtres, s'écoulant au début en hypertension. Disque d'albumine = 2. Très forte lymphocytose, confluyente par places, à l'immersion, jusqu'à 200 éléments par champ.

Ce sont surtout des lymphoc. ; moyens et grands mono en grande abondance ; nombreuses cell. endothél. Avec l'acide nitrique, le liquide ne donne pas de réact. de Gmelin apparente. Au spectroscope, la partie bleue et verte du spectre est un peu éteinte.

Observation 15. — Dermite simple, ayant été érosive et étendue, en voie de guérison. Lymphocytose rachidienne moyenne.

Célestine Boub..., 13 jours ; belle enfant, aucun stigmaté.

Ponction lombaire, 17 oct. — Disque albumineux plus important que normalement. Lymphocytose moyenne. Ce sont surtout des lymphocytes et des moyens mononucléaires.

Deuxième ponction, 29 octobre. — Disque albumineux un peu plus important que normalement. Lymphocytose moyenne.

Observation 16. — Dermite érosive simple, très étendue mais superficielle. Lymphocytose rachidienne discrète.

Lucienne Croch..., 10 jours ; Crèche, 7 août 1907.

Belle enfant ; aucun stigmaté ; foie, rate, ganglions, normaux. Températ. normale. Pas d'otite. Un léger suintement louche à l'ombilic.

Ponction lombaire. — Disque albumineux beaucoup plus important que normalement = 1. Lymphocytose discrète.

Observation 17. — Dermite vésiculeuse, très superficiellement infectée, assez intense. Lymphocytose rachidienne discrète.

Yvonne Cosn..., 20 jours ; Crèche, 20 août 1907.

Aucun stigmate ; foie, rate, ganglions, normaux ; pas d'otite. Temp. normale.

Ponction lombaire. — Disque albumineux = 4. Lymphocytose discrète.

Observation 18. — Dermite simple, superficielle, mais étendue. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Charles Ecat..., 14 jours ; Crèche, 18 oct. 1907.

Bel enfant ; aucun stigmate ; ganglions, rate, foie, normaux ; pas d'otite ; temp. normale. Coryza purulent léger.

Ponction lombaire. — Disque d'albumine = 2. Réaction nulle.

Observation 19. — Dermite vésiculo érosive, extrêmement étendue, mais très superficielle. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Paul Chevr..., 1 mois ; Crèche, 20 août 1907.

Bel enfant ; aucun stigmate ; foie, rate, ganglions, normaux ; temp. normale ; pas d'otite. Encore quelques vésicules intactes ; la plupart sont érodées.

Ponction lombaire. — Disque albumineux = 4. Réaction nulle.

Observation 20. — Dermite érosive simple, moyennement étendue. Lymphocytose rachidienne légère.

Esther Lamb..., 1 mois ; Crèche, 6 août 1907.

Belle enfant ; aucun stigmate ; ganglions, rate, foie, normaux ; cinq à six petites vésico-pustules sur le visage ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque un peu plus important que normalement. Lymphocytose.

Observation 21. — Dermite érosive superficielle moyennement étendue. Lymphocytose rachidienne légère.

Maurice Dumesn..., 10 jours ; Crèche, 20 juillet 1907.

Temp. normale ; aucun stigmate ; ganglions, foie, rate, normaux ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux = 2. Lymphocytose légère.

Observation 22. — Dermite érosive de moyenne étendue. Lymphocytose rachidienne discrète.

Marcel Delab..., 1 mois ; Nourricerie, 10 juillet 1907.

Vient de Châtillon où il n'a présenté aucun symptôme douteux et où il a été mis au sein.

Bel enfant ; 3 k. 500 ; aucun stigmate ; foie, rate, normaux ; un ou deux petits ganglions inguinaux. Hydrocèle droite très peu développée ; pas d'otite ; temp. normale.

Ponction lombaire. — Disque d'albumine = 4. Lymphocytose discrète.

Observation 23. — Dermite érosive simple, de moyenne étendue, en activité. Lymphocytose rachidienne discrète.

André Schm..., 3 mois ; Crèche, 6 août 1907.

Enfant bien développé, un peu pâle ; aucun stigmate ; rate, ganglions, foie, normaux ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux un peu plus abondant que normalement. Lymphocytose discrète.

Observation 24. — Dermite vésiculo-érosive, d'intensité moyenne. Lymphocytose rachidienne discrète.

Jeanne Mout..., 1 mois ; Nourricerie, 18 juin 1907.

Belle enfant ; mise au sein ; aucun stigmate.

Ponction lombaire 15 jours après son entrée. Pendant son séjour, selles normales ; Température normale.

Ponction lombaire. — Disque albumineux normal. Lymphocytose discrète. (Deux lames avaient été faites avec le culot de centrifugation. L'une d'elles, numéree dans toute l'étendue du dépôt, avec un objectif faible, a permis de compter un nombre total de 400 éléments).

Observation 25. — Dermite vésiculo-érosive, légèrement infectée. Lymphocytose rachidienne très discrète.

Jean Walt..., 3 semaines ; Crèche, 14 juillet 1907.

Bel enfant ; aucun stigmate ; rate, foie, normaux ; un ou deux petits ganglions inguinaux ; température normale ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux un peu plus important que normalement. Lymphocytose très discrète.

Observation 26. — Dermite érosive limitée et superficielle. Au cours de deux ponctions, lymphocytose rachidienne discrète.

Marie Hausw..., 11 jours ; Nourricerie, 30 août 1907.

Belle enfant ; aucun stigmate ; ganglions, foie, rate, normaux ; pas d'otite ; température normale ; coryza purulent léger, sans inflammation de l'orifice nasal.

L'enfant est mise au sein et envoyée à Châtillon. Elle en revient 35 jours après, n'ayant présenté pendant son séjour aucun symptôme suspect, et elle est envoyée en nourrice.

Le 4 octobre, rougeur légèrement inflammatoire du siège et des aines, déjà fanée. L'enfant est très bien portante.

Première ponction, 30 août. — Disque albumineux = 1. Lymphocytose discrète.

Deuxième ponction, 4 octobre. — Disque albumineux = 1. Lymphocytose discrète.

Observation 27. — Dermite très limitée des aines : roseur humide, faiblement desquamative par places. Lymphocytose rachidienne moyenne.

René Pill..., 15 jours ; Crèche, 14 juillet 1907.

Bel enfant, sans aucun stigmate : ganglions, rate, foie, normaux ; température normale ; pas d'otite. Très léger suintement un peu sanguinolent à l'ombilic.

Ponction lombaire. — Disque albumineux = 2. Lymphocytose moyenne. Nombreuses cellules endothéliales. Les éléments mononucléés sont des lymphocytes surtout et des moyens mono en grande abondance.

Observation 28. — Dermite simple extrêmement légère. Ictère assez intense. Ponction lombaire : Lymphocytose légère.

Louis Maill..., 2 jours ; Crèche, 9 nov. 1907.

Enfant bien développé ; aucun stigmate. La rate et le foie paraissent normaux ; pas d'otite.

Rougeur simple péri-anale extrêmement légère : dans l'aîne droite, petite surface très superficiellement dénudée, un peu suintante.

Ictère assez intense ; selles blanches.

Ponction lombaire. — Liquide très légèrement jaune. Disque albumineux plus important que normalement. Lymphocytose très légère.

Observation 29. — Dermite simple du siège, extrêmement discrète. Ponction lombaire : *Leucocytose* discrète.

Suzanne Point..., 11 jours ; Crèche, 5 août 1907.

Belle enfant ; aucun stigmate ; pas d'infection ombilicale.

Quelques vésiculettes fines à contenu louche, sur les joues ; quelques rares vésico-pustules sur le tronc.

Ponction lombaire. — Disque albumineux plus important que normalement. Rares hématies. Polynucléose discrète.

Observation 30. — Dermite érosive peu étendue. — Ponction lombaire. Réaction nulle.

Rolande Lar..., 2 kg. 030 ; 3 semaines. Service de M. Guillaïn à la Maternité.

Aucun stigmate. La mère est atteinte de tuberculose pulmonaire cavitaires (18 oct. 1907).

Observation 31. — Dermite simple, non érosive, bien limitée. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Marie Lonat..., 11 jours ; Crèche, 10 juillet 1907.

Très belle enfant ; aucun stigmate ; ganglions, foie, rate, normaux ; température normale ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux normal. Réaction nulle.

Observation 32. — Dermite simple très légère. Au cours de deux ponctions, lymphocytose rachidienne très discrète.

Louis René Will..., 10 jours ; Nourricerie, 19 août 1907.

Enfant très bien portant ; rougeur péri-anale très limitée ; le reste des téguments est intact, quelques petites vésicules sur le thorax. Aucun stigmate ; ganglions, rate, foie, normaux ; pas d'otite ; température normale.

20 jours après. seconde ponction. Erythème simple très léger du siège ; vésiculation minime des jambes. L'enfant est d'ailleurs très bien portant.

Première ponction. — Disque albumineux = 1. Lymphocytose légère, discrète.

Deuxième ponction. — Disque albumineux un peu plus important que normalement. Lymphocytose très discrète.

Observation 33. — Dermite bien limitée, ayant été érosive, mais actuellement presque complètement disparue. Forte lymphocytose rachidienne.

Douch..., 23 jours ; Crèche, 3 juillet 1907.

Bel enfant, sans aucun stigmate syphilitique ou rachitique. Ganglions, rate, foie, normaux. Températ. normale ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux plus important que normalement = 1. Forte lymphocytose.

Observation 34. — Reliquats de dermite érosive. Lymphocytose rachidienne légère.

Irène Ben..., 16 mois 1/2 ; Crèche, 26 juillet 1907.

Très belle enfant ; une trentaine de macules un peu violacées sur les fesses et la face externe des cuisses, très superficielles, non indurées. Aucun stigmate ; rate, foie, normaux ; ganglions inguinaux gros, durs, mobiles ; ganglions cervicaux petits ; 8 dents ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque d'albumine normal. Lymphocytose légère.

Observation 35. — Reliquats d'une dermite fessière érosive. Dermite à très fines vésicules grises du thorax. Ponction lombaire : lymphocytose discrète.

Charles Pallus..., 11 mois ; Crèche, 20 juillet 1907.

Bel enfant ; aucun stigmate ; rate, foie, ganglions, normaux.

Ponction lombaire. — Disque albumineux nettement plus important que normalement. Lymphocytose discrète.

DERMITES PAPULEUSES

(Erythèmes lenticulaires ; syphiloïdes post-érosives).

Formes types. Eléments à base congestive : formes de transition.

Observation 36. — Dermite papuleuse type du siège et de la vulve. Examen histologique. Recherche du tréponème sur frottis et dans les coupes, négative.

Odette Terr..., 8 mois, entre à la Nourricerie le 12 juin 1907.

Jumelle, un peu malingre, 3 k. 170, élevée à Châtillon au biberon ; racine du nez un peu aplatie ; ganglions durs, gros, mobiles, dans les aines ; rate, foie, normaux.

Papules nombreuses, presque toutes épidermisées, bien développées, sur les fesses et la face postér. des cuisses. Deux ou trois sur les grandes lèvres paraissent plus résistantes que les autres ; leur sommet est rose vif.

13 juin. — Le lendemain, toutes les surfaces encore légèrement érodées sont épidermisées.

14 juin. — L'enfant quitte le service ; la population est encore appréciable, bien que très diminuée.

Examen histologique. — Élément volumineux de la fesse ; épidermisation récente presque complète ; fixation dans le liquide de Dominici (Voir photographie, page 35).

Bourgeons papillaires longs et élancés. Papilles très œdémateuses avec dilatation vasculaire considérable. La nappe cellulaire dépasse notablement l'extrémité inférieure des bourgeons épidermiques. Elle est composée de lymphocytes, de cell. conjonctives et de quelques plasmazellens. Mais les capillaires restent à l'état de simples dilatations avec une paroi distendue, normale et sans infiltration périphérique.

La couche granuleuse superficielle est reconstituée partout, sauf à l'extrémité d'une papille qui affleurt la surface, formant une minuscule érosion entre deux points de spongieuse épidermique.

Des *frottis* faits avec la sérosité qui s'écoulait de l'élément après grattage superficiel, une partie du fragment précédent traitée par la méthode de Levaditi, ne montrent aucun tréponème.

Observation 37. — Coexistence d'une dermite papuleuse type et d'une dermite érosive simple. Examen histologique de *trois éléments à différents stades* : vésicule érodée, élément érodé légèrement papuleux à base congestive, papule type. Recherche du tréponème négative. *Autopsie.*

Louise Vall..., 4 mois, entre à la Nourricerie le 26 juin 1907.

Enfant bien portante ; 3 k. 950 ; aucun stigmate ; ganglions inguinaux gros, durs, mobiles ; ganglions cervicaux assez nombreux, petits et durs. Mise au biberon.

Rougeur disséminée sur les fesses, très légère sur les cuisses. Sur les cuisses, la vulve, et les fesses, quelques petits points rouges disséminés parmi lesquels on voit encore des traces de vésicules (*a*). Trois ou quatre d'entre eux ont une base congestive (*b*). Enfin sur les fesses, érythème papuleux type à papules nombreuses, volumineuses, indurées et légèrement érodées pour la plupart (*c*). Plis de flexion respectés.

Sur le visage, quelques vésicules qui deviennent assez abondantes sur les joues et tendent, au front, à se réunir en une nappe unique.

28 juin. — Les papules sont épidermisées. Elles sont violacées, se détachent sur le fond chair musculaire de la peau environnante. Leur saillie est très notablement diminuée. Les éléments saillants et congestifs de l'éruption vésiculo-érosive récente, sont dans le même état. En quelques points, les éléments érosifs simples tendent à former des nappes rouges, suintantes, à vif, en perdant de plus en plus de leur individualité. Selles normales ; l'enfant a augmenté de 50 grammes.

1^{er} juillet. — Les papules primitivement observées sont en voie de disparition.

3 juillet. — *Id.* Selles blanc jaunâtre, mal digérées.

10 juillet. — Les selles deviennent de plus en plus mélangées, glai-reuses. L'enfant perd de son poids. Il tousse. Temp. : 38°. Broncho-pneumonie de la base gauche. Pas de raideur de la nuque. Pas de Kernig.

Au bout de 3 jours, l'enfant va mieux ; Temp. normale. L'érythème est affaissé, sans aucune papulation. Il ne reste que des macules violacées.

16 juillet. — Nouvelle ascension de Température qui se maintient, très irrégulière, entre 38° et 39°5 jusqu'au 30 juillet. Elle tombe ensuite au-dessous de la normale jusqu'à la mort de l'enfant qui survient le 5 août. On avait pensé à une broncho-pneumonie tuberculeuse.

Autopsie le 6 août, 12 heures après la mort.

Enorme *pleurésie purulente* gauche. Petit foyer de *broncho-pneumonie* à la base gauche. Foie = 155 gr. ; Rate = 12 gr. ; Reins, surrénales d'apparence normale. Pas de ganglions tuberculeux macroscopiquement dans le médiastin ou dans le mésentère. Pas de pus dans l'oreille moyenne. *Aucune trace de syphilis.*

Histologiquement, le foie, la rate, le rein et les capsules surrénales ne présentent aucune lésion importante. *Par la méthode de Levaditi*, on ne décèle aucun tréponème sur plusieurs coupes de chacun de ces organes.

Examen histologique. — (a) Vésicule érodée de la fesse : point rouge sombre, légèrement creux, nullement saillant, tranchant sur la rougeur diffuse des téguments voisins. Quatre à cinq papilles sont élargies et oedémateuses : elles renferment de petits capillaires un peu dilatés contenant des globules rouges et quelques polynucléaires. Bourgeons épidermiques un peu augmentés de volume. Granuleuse normale excepté en un petit point central où elle fait défaut. Au sommet de quelques papilles, le corps muqueux est réduit à 4 ou 5 couches de cellules très aplaties laissant entre elles de nombreux espaces clairs. Ça et là, des cellules filamenteuses sont devenues homogènes et leur protoplasma prend mal les colorants. Une des papilles affleure la surface formant une sorte de puits

intra-épidermique. Quelques lymphocytes autour des capillaires. Réaction inflammatoire banale et très peu accusée.

(b) Élément de la fesse, érodé, en saillie, reposant sur une base œdémateuse. L'élément est plus volumineux. Exagération de tous les caractères précédemment signalés : acanthose, légère spongieuse du corps muqueux ; œdème et dilatation vasculaire dans le corps papillaire. Nappe cellulaire semblable, mais un peu plus riche, particulièrement en polynucléaire.

(c) Papule fessière type, saillante, non érodée. Tous les caractères étudiés dans les deux premiers éléments, se retrouvent ici considérablement exagérés. La nappe cellulaire sous-épidermique, en rapport avec une réaction dermique beaucoup plus intense, est plus riche et plus serrée : polynucléaires assez abondants ; quelques plasmazellens. Pas d'infiltration bien nette dans la nappe elle-même ; aucune dans la profondeur.

La moitié de cette papule, traitée par la méthode de Levaditi, ne montre sur plusieurs coupes, aucun tréponème.

Ponction lombaire, 2 août. — Disque albumineux un peu plus important que normalement. *Réaction cellulaire nulle.*

Observation 38. — Dermite papuleuse à petites papules bien développées, érosives, très près de l'anus et jusque sur les plis radiés. Evolution longue. Persistance de quelques éléments, apparition de plusieurs autres, *malgré le traitement spécifique*. Examen histologique. Recherche du spirochète négative sur frottis et sur coupe. Ponctions lombaires ; lymphocytose moyenne.

Henri Marcon..., 3 mois, reçu à la Nourricerie le 30 sept. 1907.

Bel enfant ; 4 k. ; rate, foie normaux ; ganglions inguinaux assez volumineux : coryza muqueux léger ; plis radiés un peu épaissis ; mis au biberon.

Sur le siège et surtout près de l'anus, dans la rainure inter-fessière, une vingtaine de petites papules dures, nettement dessinées (a) ; quelques-unes sont épidermisées ; d'autres, encore érodées. Il en existe trois sur la partie saillante des plis radiés.

Ponction lombaire, 3 oct. — Apparition d'un érythème érosif assez étendu. Les papules persistent, un peu diminuées de volume.

Du 11 au 19 oct., on a fait à l'enfant neuf injections, chacune de un centigramme de benzoate de Hg. Quelques-uns des éléments ont continué à s'affaïssir, d'autres ont persisté ; de nouveaux sont apparus.

23 oct. — *Deuxième ponction lombaire.* Quelques papules encore : trois d'entre elles, modérément développées, saillantes et érodées, se voient sur les plis radiés. A côté, éléments érosifs simples et papuleux congestifs. On observe tous les types de transition entre les érosions simples, et les papules dures, syphiloïdes.

30 oct. — Pendant deux jours, l'enfant a toussé, a eu un peu de fièvre 38.5 (27 et 28 oct.). L'érythème érosif a disparu. Les petites papules des plis radiés, persistent mais affaîssées.

Troisième ponction.

22 novembre. — Pendant les trois semaines qui viennent de s'écouler, la santé de l'enfant a été bonne : les selles sont normales. De temps en temps cependant apparaissent quelques petites papules érosives.

Quatrième ponction.

15 déc. — L'enfant est bien portant. En ce moment, érythème érosif peu étendu. Un très petit abcès, près de l'anus. Pas trace de papulation.

Examen anatomique. — Petite papule dure, épidermisée, de la raî-nure interfessière (a).

Élément papuleux bien développé. Bourgeons épidermiques volumi-neux et irréguliers. Au centre, interruption de la couche granuleuse.

Dans le derme, œdème papillaire et dilatation des capillaires ; nappe cellulaire sous-épidermique peu dense et banale ; pas d'infiltrats péri-vasculaires.

A la périphérie de l'élément, le corps papillaire est un peu œdematié ; les bourgeons interpapillaires sont un peu plus volumineux qu'ils ne le sont dans cette région, à l'état normal.

Une moitié de cette papule, traitée par la méthode de Levaditi, ne montre aucun spirille sur plusieurs coupes.

Première ponction, 30 sept. — Disque albumineux plus important que normalement. *Lymphocytose moyenne.*

Deuxième ponction, 23 oct. (Après 9 injections de 1 cc³. de benzoate de Hg). — Disque albumineux plus important que normalement. *Lym-phocytose moyenne.*

Troisième ponction, 30 oct. (Trois jours avant, 38°5 ; bronchite légère). — Disque albumineux = 2. *Lymphocytose très forte.*

Quatrième ponction, 22 nov. — Disque albumineux plus important que normalement. *Lymphocytose légère.*

Observation 39. — Coexistence d'une dermite papuleuse type et d'une dermite vésiculo-érosive. Sur le *scrotum*, deux éléments érosifs à base congestive ont toutes les apparences cliniques de plaques muqueuses syphilitiques. Examen histologique. Recherche du tréponème sur les frottis et dans les coupes, négative. Ponction lombaire. Forte lym-phocytose.

Maurice Quint., 4 mois, entre à la Nourricerie le 15 juin 1907.

Retour de l'annexe de Châtillon, où il avait été envoyé il y a 3 mois, au sein. Il était entré d'abord à la Nourricerie pesant 2 k. 430, le 4 mars. Mis au sein, il augmente régulièrement de poids et ne présente rien d'anormal.

Actuellement, enfant très suspect de syphilis. Nez en lorgnette ; queue de l'épididyme gauche indurée ; coryza muqueux ; ganglions durs, mobiles, inguinaux et cervicaux ; foie, rate, autres appareils, normaux.

Dermite papuleuse type ; une vingtaine de papules, quelques-unes superficiellement érodées (a). Sur la face postér. des cuisses, et descendant jusqu'aux jambes, érythème vésiculo-érosif, à très fines érosions, avec quelques vésicules encore intactes. Sur le scrotum, deux plaques ovalaires de 6 à 8 mill. de diamètre, à bords surélevés et indurés, à centre légèrement déprimé, de couleur rouge brun. Induration nette de la base et du pourtour. Elles ressemblent beaucoup à des plaques muqueuses papulo-érosives ; peut-être cependant ont-elles une infiltration moins prononcée (b).

L'enfant est mis au biberon.

Ponction lombaire, 17 juin. — Deux jours après, sans aucun traitement spécifique, après de simples poudrages, amélioration considérable. Les jambes et les cuisses n'ont plus trace de dermite érosive. Aux fesses, trois ou quatre papules sont encore perceptibles plutôt au toucher qu'à la vue. La plaque papulo-érosive scrotale qui n'a pas été biopsée, persiste ; mais la cicatrisation est déjà effectuée et l'élément est un peu moins saillant.

19 juin. — L'enfant est envoyé en nourrice. La papulation fessière a presque disparu : la plaque scrotale, encore apparente, est très diminuée. Selles mélangées, température normale pendant tout son séjour.

Examen histologique. — (a) Élément papuleux bien développé. Couche granuleuse normale sur toute la surface à l'exception du centre où quelques assises de cellules plates à noyau allongé et fortement coloré, recouvrent des papilles volumineuses. En quelques points de l'épiderme, léger œdème intercellulaire. Dilatation vasculaire marquée. Nappe cellulaire serrée et assez profondément étendue, riche en lymphocytes qui forment également des amas peu importants autour de quelques vaisseaux. Très rares plasmazellens.

(b) Bourgeons interpapillaires plus allongés encore. Centre de l'élément déprimé ; quelques papilles arrivent à la surface. Sur les coupes voisines, l'épiderme se reconstitue à leur sommet, composé d'assises cellulaires aplaties. Nappe cellulaire plus dense que dans la papule fessière et plus profonde. Elle est riche en lymphocytes et en polynucléaires. Les amas lymphocytaires péri-vasculaires sont en quelques points assez considérables ; on y voit quelques plasmazellens disséminées. Plusieurs de ces capillaires ont une paroi un peu épaissie, infiltrée de quelques cellules embryonnaires. Cependant il n'y a là rien qui rappelle la vascularite spécifique. D'ailleurs, dans la profondeur, aucun manchon périvasculaire.

Dans des *frottis* et dans des *coupes* de ces deux éléments traités par la méthode de Levaditi, aucun spirille.

Ponction lombaire, 15 juin. — Disque d'albumine plus important que normalement. *Très forte lymphocytose*. Lymphocytes en majorité ; beaucoup de moyens mono ; polynucl. assez abondants.

Observation 40. — Coexistence d'une dermite papuleuse syphiloïde type, d'une dermite érosive à base congestive et d'une dermite vésiculo-érosive simple. Résultats négatifs du *traitement mercuriel*. Examen histologique. Recherche du spirochète négative. Ponction lombaire : Forte lymphocytose.

Jeanne Mich..., 6 mois, entre à la Nourricerie le 17 mai.

Enfant en bon état ; 5 k. 050 ; selles normales ; bosses frontales saillantes, fontanelles très largement ouvertes ; os assez mous ; polymicro-adénite ; rate, foie, normaux.

Deux nappes érythémateuses sur le siège et les cuisses, parsemées de papules de toutes dimensions. Les unes sur les cuisses et la vulve ont 3 à 6 mill. de largeur, d'autres sont moins volumineuses et moins saillantes. Elles sont d'ailleurs moins élevées et moins indurées à mesure qu'on s'éloigne du centre du siège. A la limite inférieure, éléments érosifs banals, à l'emporte pièce, rouge vifs, arrondis ou en croissants, eux aussi légèrement saillants, à base congestive (papulation congestive). Toutes les transitions existent entre ces différents éléments.

18 mai. — Dès le lendemain, la rougeur a presque entièrement disparu. Les petites érosions banales sont cicatrisées. On met l'enfant au traitement mercuriel, un centigramme de biiodure tous les jours.

25 mai. — Après six jours de traitement, l'érythème est sensiblement dans le même état. Les papules sont seulement épidermisées pour la plupart. De nouveaux points érosifs sont apparus ; quelques-uns sont saillants et ont pris une base oedémateuse. Cessation du traitement mercuriel.

27 mai. — Les papules d'abord observées ont presque entièrement disparu. Les plus volumineuses, persistent encore, en particulier à la vulve. D'autres, sont apparues aux cuisses. Ponction lombaire.

L'enfant qui a eu depuis son entrée dans le service un peu de diarrhée, perd progressivement de son poids. Après quelques jours de régime, le poids remonte. L'enfant est envoyé en nourrice, ayant un peu maigri, mais bien portant. Température normale pendant tout son séjour.

Examen anatomique. — (a) *Avant le traitement mercuriel* ; élément de la face poster, de la cuisse, de la grosseur d'une demi-lentille, induré, rouge violet ; au centre, épiderme mince, rouge foncé.

Histologiquement, papule bien développée ; l'érosion du centre commence à disparaître. Quelques papilles arrivent près de la surface, ne

sont pas recouvertes des assises ordinaires de l'épiderme, mais par quelques couches de cellules plates. En quelques points, apparaissent des cellules filamenteuses qui s'arrondissent, présentent quelques grains de kérato-hyaline, ébauche d'une couche granuleuse qui se reforme. Bourgeons interpapillaires doublés ou triplés de volume ; œdème papillaire et dilatation assez considérable des vaisseaux. Nappe cellulaire peu importante et lâche : cellules conjonctives, lymphocytes, quelques polynucléaires, très rares plasmazellens. Pas d'amas embryonnaires un peu importants autour des vaisseaux qui ne présentent ni endo ni péri-artérite.

(b) *Après le traitement mercuriel* ; même apparence clinique, épidermisation un peu plus avancée.

Histologiquement, le traitement paraît n'avoir eu aucune action : l'aspect de ces coupes est identique à celui des préparations fournies par le premier élément. La couche granuleuse est reformée presque partout. Au centre seulement, persistance d'une érosion minime, marquée par un foyer de polynucléaires peu serrés et bien conservés, cantonnés au sommet de deux ou trois papilles arrivant à la surface.

Des fragments de ces deux éléments traités par la méthode de Levaditi, ne montrent, sur plusieurs coupes, aucun spirochète.

Ponction lombaire, 27 mai. — Disque d'albumine presque normal. *Enorme lymphocytose.*

Observation 41. — Dermite papuleuse type, largement érodée. Examen histologique. Recherche du spirochète négative sur des frottis. Ponction lombaire = moyenne lymphocytose.

Louise Laf., 2 mois, entre à la Nourricerie le 25 mai 1907 ; envoyée en nourrice le 1^{er} juin.

Assez belle enfant ; 3 k. 600 ; aucun stigmate ; mise au biberon.

Examen histologique. — Un élément assez volumineux de la fesse avec induration congestive et érosion superficielle. Liquide de Dominici. Histologiquement, élément papuleux bien développé, érodé. De nombreuses papilles volumineuses, riches en capillaires dilatés, gorgés de globules rouges et de polynucléaires, affleurant la surface. Quelques-uns de ces capillaires se sont ouverts à l'extérieur. A la surface des bourgeons interpapillaires abrasés au-dessus des assises filamenteuses moyennes, se voit un mince revêtement formé de sérum coagulé, de débris de noyaux et de cellules, et d'importants amas de staphylocoques. Nappe cellulaire sous-épidermique peu serrée, comprenant un grand nombre de polynucléaires intacts pour la plupart, beaucoup d'éosinophiles, très peu de plasmazellens. Vaisseaux sanguins et lymphatiques très dilatés. Aucune infiltration péri-vasculaire dans la profondeur.

Frottis : sérosité issue de la surface érodée des éléments ; Giemsa ;

rares globules rouges, quelques globules blancs et cellules épidermiques ; assez abondants cocci en amas ; pas de tréponème.

Ponction lombaire, 27 mai. — Disque albumineux un peu plus abondant que normalement. *Lymphocytose moyenne* : par places et dans plusieurs champs, des amas serrés de lymphocytes surtout, de moyens et de grands mononucléaires ; un assez grand nombre de polynucléaires.

Observation 42. — Dermite à larges papules ; poussée de dermite vésiculo-érosive avec petites papules à base congestive qui évoluent et disparaissent en deux jours. *Plaqué rétro-auriculaire.* Examen histologique. Recherche du tréponème négative. Ponction lombaire : très forte lymphocytose.

Berthe Bir..., 3 mois 1/2, entre à la Nourricerie le 17 juin 1907 ; envoyée en nourrice le 6 juillet.

Enfant de belle apparence ; 3 k. 800 ; aucun stigmate ; aucune déformation osseuse ; plus radiés un peu accentués ; rate, foie, normaux ; pas d'otite.

Examen histologique. — (a) *Vaste papule très érosive.* Bourgeons interpapillaires longs et larges ; nombreuses papilles s'ouvrant à la surface. Vaisseaux papillaires dilatés et très riches en globules blancs bien conservés. Polynucl. abondants dans le corps des papilles et à la surface de l'élément. Nappe cellulaire assez serrée et étendue, comprenant beaucoup de polynucléaires et d'éosinophiles, quelques plasmazellens. Quelques amas cellulaires autour d'un certain nombre de vaisseaux. Aucune infiltration péri vasculaire dans la profondeur.

Un fragment, fixé dans le formol et traité par la méthode de Levaditi, offre le même aspect histologique. Sur plusieurs coupes, on ne voit aucun tréponème.

(b) *Papule congestive récente de la marge de l'anus.* Élément beaucoup plus petit. Papilles très oedémateuses affleurant presque la surface. Bourgeons interpapillaires augmentés de volume, surtout élargis, mais ne dépassant guère le niveau des bourgeons normaux de la périphérie. En quelques points, surtout au voisinage des papilles, oedème inter et intra-cellulaire. Au point où commence l'érosion, la granuleuse disparaît peu à peu, puis disparaît, ainsi que la couche cornée normale. Le sommet des papilles n'est plus recouvert que par une couche de cellules aplaties, mince par endroits, complètement partout, excepté au centre même de l'élément où elle fait défaut. Polynucléaires disséminés dans les papilles et dans les couches épidermiques voisines. L'oedème et la dilatation vasculaire sont bien plus importants que la nappe cellulaire qui est insignifiante.

Ponction lombaire, 18 juin. — Disque albumineux normal. *Très forte lymphocytose.*

Observation 43 — Coexistence d'une dermite papuleuse type à larges papules, d'une dermite érosive simple et d'une dermite érosive à base congestive. Examen histologique. Ponction lombaire : très forte lymphocytose.

Geneviève Blo..., 3 mois, entre à la Nourricerie le 27 juin 1907.

Belle enfant, très bien portante ; 3 k. 450 ; mise au biberon.

Dermite papuleuse type à larges papules érodées ; une trentaine, sur le siège et les cuisses (*a*). Les plis de flexion sont respectés.

29 juin. — Ponction lombaire.

1^{er} juillet. — Diminution de la papulation primitive qui persiste cependant avec quelques légères érosions. Mais les quelques éléments d'érythème vésiculo-érosif qui coexistaient avec elle, sont maintenant beaucoup plus nombreux et fortement suintants. En certains points, ces éléments, comme dimensions, aspect et surtout résistance au doigt, représentent des types de transition entre la légère papulation congestive et la papule type.

3 juillet. — Diminution encore plus marquée de la papulation primitive.

Coryza muqueux, mousseux, avec bronchite. Pas de fièvre. L'enfant continue à augmenter lentement de poids.

15 juillet. — L'enfant est envoyée en nourrice, bien portante.

Examen histologique (a). — Eléments semblables à ceux précédemment décrits. Large érosion superficielle ; papilles très œdémateuses ; nappe cellulaire banale assez importante. Pas d'infiltrations péri-vasculaires dans la profondeur.

Ponction lombaire, 29 juin. — Disque d'albumine très important. Très forte lymphocytose.

Observation 44. — Dermite papuleuse, érosive, bien développée. Dermite simple érosive. Eléments érosifs à base congestive. Disparition complète en cinq jours. Examen histologique. Recherche du tréponème sur des frottis et dans les coupes, négative. Ponctions lombaires : Réaction nulle.

Paul Poir..., 8 mois 1/2, entre à la Nourricerie le 21 octobre.

Bel enfant ; 5 k. 200 ; aucun stigmaté ; pas d'otite ; un peu de diarrhée ; mis au biberon. Nombreuses papules saillantes, du siège et de la face postérieure des cuisses, fortement érodées (*a*). Tous les éléments de transition entre ces papules types et l'érythème érosif simple.

22 oct. — Les papules sont toutes épidermisées. Ponction lombaire.

25 oct. — T = 38,8 L'enfant tousse un peu. La fièvre dure 24 heures et ne reparait plus ; quelques râles de bronchite pendant deux à trois jours.

26 oct. — Sur la fesse droite, tous les éléments ont disparu. Sur la fesse gauche, quelques uns persistent, mais éteints, à peine saillants, tous épidermisés, un peu violacés.

L'enfant est envoyé en nourrice le 9 novembre. Pendant le reste de son séjour, l'érythème simple a persisté ; l'enfant a eu un peu de diarrhée.

Examen histologique (a). — Papule très saillante ; bourgeons épidermiques triplés de volume ; papilles hautes et dilatées affleurant presque la surface dont elles ne sont séparées que par un épiderme hâtivement et incomplètement reformé, et fort mince. Nappe cellulaire dépassant l'extrémité des bourgeons épidermiques, dense mais banale : lymphocytes, cellules conjonctives, très rares plasmazellens. Dilatation vasculaire marquée. Très minimes infiltrats autour de quelques vaisseaux superficiels.

Recherche du tréponème sur des *frottis* et dans les *coupes*, négative.

Ponctions lombaires, 22 octobre. — Disque albumineux normal. Réaction nulle.

Deuxième ponction, 29 oct. — Disque albumineux plus important que normalement. *Lymphocytose discrète*.

Observation 45. — Dermite papuleuse à petits éléments *apparaissant brusquement* 20 heures après un changement de nourrice. Tous les intermédiaires entre ces papules et la dermite simple concomitante. Nombreux fragments cutanés prélevés à l'*autopsie*. Recherche du tréponème négative. Ponctions lombaires : Lymphocytose moyenne ; 35 jours après, réaction nulle.

Georges Bél..., 12 jours, entre à la Nourricerie le 14 mai 1907.

Jumeau premier né, prématuré ; 1 k. 620 ; légèrement ictérique ; Temp. 34°2 ; mis au sein ; couveuse.

Courbe ascensionnelle très régulière.

Il sort de couveuse le 3 juin ; Temp. 37° ; Poids 1 k. 960.

Il progresse régulièrement et pèse, le 29 juin 2 k. 460. Il paraît bien portant, n'a jamais présenté aux fesses de « boutons », ni de rougeur durable.

Actuellement, 30 juin, enfant maigre ; incurvation légère des tibias ; rate, foie, normaux ; ganglions inguinaux à peine appréciables.

La veille encore, il avait été désigné pour être envoyé en nourrice ; *aucun érythème fessier*. La nourrice qui l'avait élevé étant partie le même jour, on donne à l'enfant pour la fin de la journée et pour la nuit, une nouvelle nourrice.

Aujourd'hui, 30 juin, *au matin*, on constate aux fesses un érythème papuleux à petits éléments bien nets, assez peu indurés.

1^{er} juillet. — Il existe tous les intermédiaires entre ces éléments et les éléments érosifs les plus simples. Sur les cuisses, points érosifs légère-

ment érodés, sans saillie isolée, mais reposant tous sur une plaque de 3 à 4 centimètres de long, allongée transversalement, un peu résistante au doigt. A côté, même aspect, mais les éléments encore non papuleux sont plus creux à leur centre. Ils reposent sur une même base, plaque un peu indurée. Enfin, sur les fesses, les éléments les plus petits ont une base à peine appréciable. Les plus gros, sont de véritables papules bien développées quoique de petite taille, persistant sous la pression du doigt. Le centre est rouge, un peu déprimé et entouré d'un mince bourrelet.

On met l'enfant au biberon ainsi que son frère jumeau qui ne présente à cette date qu'un peu de rougeur diffuse du siège.

Ponction lombaire.

3 juillet. — Même état local. L'enfant est moins gai, moins animé. Les selles cependant sont jaunes ; température normale.

11 juillet. — Sur les fesses et surtout sur les cuisses, plus traces d'éléments papuleux isolés. Mais, de larges placards profondément indurés ont remplacé les nappes ordémateuses et érodées. Ils sont couleur viande crue, érodés sur toute leur surface. On ne peut les plisser qu'en bloc. Ils sont très réguliers, triangulaires, quadrangulaires, arrondis, parfaitement limités.

L'enfant va mieux d'ailleurs et son poids augmente pendant une quinzaine.

27 juillet. — Les plaques des cuisses ont disparu. Aux fesses, aux points convexes surtout, induration en nappe, très infiltrée et érodée. A côté, une papule encore très dure.

7 août. — L'enfant a maigri, a eu un peu de diarrhée. L'érythème fessier est beaucoup moins étendu, éteint et affaissé. Vers l'anus, quelques petites papules érosives très peu indurées, rouge violacé. Temp. = 36°8.

Deuxième ponction lombaire.

La température continue à baisser, atteint 36° le 11 août : la perte de poids va en s'accroissant, la diarrhée continue et l'enfant meurt le 17 août, pesant 2 k. 270.

Autopsie, 6 heures après. Aux poumons, 2 petits foyers de *broncho-pneumonie* aux bases. Pas de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire. Aucune trace de syphilis, le foie est gras par place, normal comme volume : la rate, les reins, les capsules surrénales également. Le cerveau, la moelle et les enveloppes sont d'apparence normale. *Oite moyenne purulente droite*.

Un fragment de la région anale et péri-anale, parallèle à la rainure interfessière est examiné histologiquement. Liquide de Dominici. Il intéresse les *plis radiés* qui se présentent en coupe transversale sur les préparations.

Le fond d'un pli est formé par une dépression du derme et de l'épi-

derme ayant pour centre un volumineux follicule pilo-sébacé. Sur un versant, l'épiderme très augmenté de volume, envoie de volumineux bourgeons dans la profondeur. Sur l'autre versant, acanthose épidermique également, mais par place, usure presque complète de l'épiderme représenté seulement par quelques assises cellulaires. Le corps papillaire est lâche et contient de larges capillaires dilatés, gorgés de globules rouges. Il est infiltré de cellules conjonctives et de leucocytes. La réaction inflammatoire est donc banale et ne rappelle en rien l'infiltration syphilitique. Sur toute la surface du fragment, un grand nombre de cocci de toutes tailles, quelques-uns en grappe.

Première ponction, 1^{er} juillet. — Disque albumineux plus important que normalement. *Lymphocytose moyenne.*

Deuxième ponction, 7 août. — Disque albumineux presque normal. *Réaction nulle.*

Observation 46. — Dermite papuleuse à éléments peu développés. Dermite érosive dont quelques éléments ont une base congestive. Quelques plaques de dermite simple deviennent saillantes et indurées. Elles se flétrissent quand la santé de l'enfant fléchit. Examen histologique. Recherche du tréponème négative. Ponctions lombaires. *Autopsie.*

Charles Bel..., 12 jours, entre à la Nourricerie, le 14 mai 1907.

Jumeau, deuxième né ; 1 k. 500 ; temp. = 33°. Mis au sein. Couveuse. Ascension régulière du poids et de la température. Le 12 juin, Temp. 37° ; poids = 4 k. 750.

29 juin. — Son frère ayant de l'érythème papuleux est considéré comme suspect. Bien que l'enfant n'ait qu'un peu de rougeur fessière et ne présente rien d'anormal, il est mis également au biberon, et on lui continue en même temps un peu de lait de femme. La rate et le foie sont normaux ; petits ganglions inguinaux ; poids = 2 k.

1^{er} juillet. — Pas d'érythème.

3 juillet. — Dermite érosive assez étendue à érosions larges. Les selles cependant paraissent normales.

10 juillet. — L'érythème a disparu.

27 juillet. — L'enfant va bien, augmente de poids : 2 k. 240. Un peu d'érythème simple et, près de l'anus, un élément papuleux, peu développé, allongé, à centre creux, induré.

29 juillet. — Aucun autre élément papuleux semblable n'est apparu, érythème érosif simple en nappes un peu épaisses. Température normale. Ponction lombaire.

Le poids de l'enfant, maximum le 6 août (2 k. 380) reste stationnaire, puis baisse progressivement.

14 août. — Temp. = 36°5 ; poids = 2 k. 150. L'érythème est filtré. Quelques plaques sont encore un peu dures, violacées. L'enfant maigrit

de plus en plus. Sa température baisse progressivement. Il meurt le 20 août, Temp. = 33°2.

Autopsie, le même jour, 10 h. après.

Macroscopiquement, aucune lésion tuberculeuse ou *syphilitique*. Pas de ganglions médiastinaux ou mésentériques. Congestion des bases et des bords postérieurs des poumons : pas de foyer bien net de broncho-pneumonie.

Foie, reins, surrénales, cerveau, moëlle, enveloppés, artères de la base, paraissent indemnes. On remarque seulement une congestion assez marquée des plexus choroïdes des ventricules latéraux et du quatrième ventricule.

Otite moyennée purulente droite.

Des fragments du foie, de la rate, des reins, des surrénales, des plexus choroïdes, sont fixés dans le formol. *Aucune lésion intéressante à signaler à l'examen histologique.*

Traités par la *méthode de Levaditi*, ces mêmes organes ne montrent sur plusieurs coupes, aucun tréponème.

Une des larges plaques de la cuisse, saillante, comme *condensée*, érodée superficiellement est enlevée. Sur toute l'étendue de la coupe, volumineux bourgeons épidermiques entre des papilles doublées ou triplées de volume. Un grand nombre d'entre elles affleurent la surface, recouvertes seulement par quelques assises de cellules aplaties. Dans le corps papillaire, très large dilatations vasculaires remplies de sang. Nappe cellulaire assez dense, témoignant d'une réaction inflammatoire marquée, mais banale. L'aspect reproduit celui qu'on observe, mais sur une étendue limitée, dans les papules types isolées.

On prélève également un large lambeau dans la région des *plis radiés*. très épais chez cet enfant, et érodés. Des coupes parallèles et perpendiculaires aux plis sont pratiquées. L'aspect est comparable en tous points, à celui des coupes de la même région, décrites dans l'observation précédente.

Sur des fragments traités par la méthode de Levaditi, aucun spirille.

Examen histologique d'une papule, petite, indurée, prélevée le 27 juillet. Papule de développement modéré, du type habituel déjà décrit. Quelques points d'œdème intercellulaire au voisinage du sommet des papilles. Toute la surface est recouverte d'une couche parakératosique renfermant, par places, de minimes croûtelles. Dilatation vasculaire considérable. Nappe cellulaire assez dense. Pas d'infiltrats périvasculaires. Vaisseaux à parois normales.

Ponction lombaire, 29 juillet. — Disque albumineux très important. Lymphocytose assez importante.

Deuxième ponction, 14 août. — Disque albumineux un peu plus abondant que normalement. *Réaction cellulaire nulle.*

Observation 47. — Dermite papuleuse, congestive, limitée, à petites papules, peu indurées. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Armandine Lem..., 4 mois 1/2 ; Crèche, 27 août 1907.

Très belle enfant ; aucun stigmate ; rate, ganglions, foie, normaux.

Ponction lombaire. — Disque d'albumine normal. *Pas de réaction.*

Observation 48. — Dermite papuleuse congestive assez étendue, peu saillante, mais érosive. A la vulve, 4 à 5 éléments jeunes et érodés. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Marie-Jeanne Sim., 6 mois et demi ; Crèche, 22 nov. 1907.

Ganglions inguinaux perceptibles ; aucun stigmate ; rate, foie, normaux ; enfant bien développée.

Ponction lombaire. — Disque albumineux presque normal. *Réaction nulle.*

Observation 49. — Dermite papuleuse, surtout congestive, érudite, de peu d'étendue. Dermite érosive simple légère. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

André Mar..., 5 mois ; Nourricerie, 4 sept. 1907.

Très bel enfant ; aucun stigmate ; rate, foie, normaux. Quelques petits ganglions cervicaux. Ganglions inguinaux gros et durs. Température normale ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque d'albumine = 1. *Pas de réaction.*

Observation 50. — Dermite papuleuse syphiloïde type, non érodée (érythème lenticulaire). Disparition complète en neuf jours. Examen histologique. Recherche du spirochète négative sur frottis et sur coupe. *Inoculation au singe négative.* Ponction lombaire : réaction nulle.

René Duv..., 4 mois, reçu à la Nourricerie le 22 oct. 1907.

Très bel enfant ; 5 k. 600 ; aucun stigmate ; rate, foie, ganglions normaux ; pas d'otite. Mis au biberon.

Sur tout le siège et la face postérieure des cuisses, éléments très nombreux, assez serrés de 2 à 3 mill. de saillie (a). L'épiderme est reconstitué à leur sommet ; l'un d'eux, à son centre, est encore rouge brique ; épiderme mince et jeune.

Recherche du spirochète négative sur plusieurs frottis.

23 octobre. — Ponction lombaire. Les éléments sont déjà beaucoup moins saillants.

26 octobre. — Sur le siège, il est impossible de distinguer une papule isolée. Elles se sont fondues en une nappe unique, beaucoup moins saillante dans son ensemble que chacun des éléments précédemment obser-

vés. Toute sa surface est épidermée. A la cuisse, on note la même transformation : quelques éléments sont encore isolés cependant.

29 octobre. — Plus de saillie papuleuse, macules de même diamètre que l'élément primitif, rouges briques, à plissement rayonné. Au siège, également, la nappe papuleuse a disparu : il ne persiste que des macules isolées.

31 octobre. — Les téguments du siège et des cuisses sont redevenus normaux.

29 novembre. — Deuxième ponction lombaire.

15 décembre. — L'enfant, tenu en observation jusqu'à ce jour, n'a présenté aucun symptôme de syphilis. Il est en ce moment en parfaite santé.

Examen histologique. — Papule épidermée de 2 à 3 mill. de saillie (a.)

Papule dermo-épidermique de structure analogue à celles déjà étudiées. Couches granuleuse et cornée reformées sur toute la surface. Nappe cellulaire banale assez lâche.

La moitié de cet élément, traitée par la méthode de Levaditi, ne montre sur plusieurs coupes, aucun spirochète.

Inoculation au singe. — Grâce à l'obligeance de M. Thibierge, un singe a été inoculé à la paupière supérieure avec la sérosité obtenue par le grattage de l'une des papules. L'opération a été faite par M. Ravaut, le 22 octobre, quatre mois plus tard, l'animal n'avait encore présenté aucune réaction.

Première ponction, 23 oct. — Disque albumineux un peu plus important que normalement. *Réaction nulle.*

Deuxième ponction, 29 nov. — Disque albumineux plus important que normalement. *Réaction discrète.*

Observation 51. — Dermite papuleuse érosive, syphiloïde, à poussées successives. Variations fréquentes et rapides de l'étendue de la dermite, de la saillie et du degré d'épidermisation de ses éléments. Dermite érosive simple : éléments érosifs à base congestive. Ponctions lombaires.

Marguerite Bén..., 5 mois, reçue à la Nourricerie le 25 sept. 1907.

Belle enfant ; 4 k. 620 ; aucun stigmate ; rate, foie, normaux ; ganglions inguinaux volumineux ; pas d'otite ; mise au biberon. Au siège, surtout sur les parties culminantes, et sur la partie inférieure de la vulve, volumineuses papules érosives, de 7 à 8 mill. de diam, saillantes de 2 à 3 mill. Près de la vulve, 3 papules se sont réunies, formant une surface saillante, érodée, à contour découpé.

26 sept. — Amélioration notable.

28 sept. — Les éléments sont en partie épidermés et leur saillie a diminué.

30 sept. — Quelques surfaces forment encore une saillie oedémateuse

à peine appréciable. A côté, érythème érosif simple atténué. T = 37.

Ponction lombaire.

3 octobre. — La saillie des éléments est difficile à apprécier à la vue et au toucher ; quelques surfaces sont érosives.

8 octobre. — Selles très fétides. Apparition de papules érosives nouvelles.

22 octobre. — Deuxième ponction lombaire. La poussée précédente était en partie disparue, lorsque on constate de nouveau l'érosion de quelques-unes des papules précédentes redevenues saillantes, et l'apparition de papules érosives nouvelles en des points voisins.

30 oct. — Troisième ponction. Temp. = 37. La poussée des jours précédents est en voie de disparition. L'enfant a eu pendant toute cette période des selles mélangées et fétides. On pouvait observer à quelques heures d'intervalle, des changements assez importants dans l'aspect de l'éruption, suivant l'importance de l'élément congestif.

4 novembre. — Les papules s'affaissent et s'épidermisent. Quelques-unes, à la vulve, sont encore érodées.

15 novembre. — Les téguments du siège sont en assez bon état. Un peu d'érythème érosif ; traces de la papulation précédente.

29 novembre. — Depuis deux jours, une nouvelle éruption de papules érosives s'est produite. Quelques-unes semblent exactement localisées aux points antérieurement atteints. L'enfant paraît bien portante ; ses selles sont normales ; elle augmente lentement de poids ; sa température est normale.

Quatrième ponction lombaire.

15 décembre. — L'enfant est très bien portante. Il n'y a pas eu de poussée nouvelle d'érythème fessier depuis plusieurs jours.

Première ponction, 30 septembre. — Disque albumineux presque normal. *Lymphocytose très légère.*

Deuxième ponction, 23 oct. — Disque albumineux presque normal. *Réaction très discrète.*

Troisième ponction, 29 oct. — Disque albumineux normal. *Réaction nulle.*

Quatrième ponction, 29 nov. — Disque albumineux plus important que normalement. *Lymphocytose abondante.*

Observation 52. — Enfant chétif et infecté. Dermite papuleuse à petites papules indurées. Dermite vésiculeuse simple. Plaques *mal-léolaire* et *rétro-auriculaire*. Examen histologique de nombreux fragments prélevés à l'autopsie. Recherche du tréponème, négative. Ponction lombaire : *Lymphocytose légère.*

Jean Fiol..., 3 mois 1/2, entre à la Nourricerie le 18 juin 1907.

Enfant chétif, pâle, maigre, ridé ; chapelet costal ; coryza purulent ;

rate non appréciable à la palpation : foie débordant de deux travers de doigt le rebord costal ; peau infectée ; pyodermite disséminée ; un gros furoncle ; conjonctivite purulente. Hydrocèle gauche : après ponction, le testicule et l'épididyme sont trouvés normaux. Ganglions inguinaux et cervicaux petits, durs, mobiles. L'enfant est mis au biberon.

Dermite papuleuse très abondante, mais à petits éléments très indurés et érodés, sur les deux fesses. Sur la cuisse, induration beaucoup moins marquée. Sur la face postér. des jambes, quelques petits points érosifs rouges, sans aucune induration. Tous les intermédiaires existent entre les points érosifs soit isolés, soit réunis en plaques polycycliques et l'érythème papuleux le plus typique.

Quelques pustulettes sur le visage. Plaque rétro-auriculaire à fond pseudo-membraneux, allongée, régulière, ovoïde, avec liseré carminé encerclant les bords. Une autre, plus petite, au-dessus d'elle, sur la face postérieure de l'hélix ; adénite mastoïdienne.

22 juin. — Les téguments des jambes et des cuisses sont redevenus normaux. Sur les fesses, les papules persistent, mais épidermisées sur presque tous les points. Le coryza continue. Ponction lombaire.

24 juin. — La papulation, épidermisée, a encore diminué : maculopapules n'ayant presque plus d'induration au toucher. Sur les fesses et les cuisses, poussée récente d'érythème érosif, sans aucune tendance à la papulation. L'enfant est en mauvais état.

26 juin. — Amaigrissement de plus en plus prononcé : figure ridée de petit vieux ; l'enfant ne s'alimente plus ; pas de diarrhée ; état squelettique du tronc et des membres. Quelques uns des éléments nouvellement apparus ont une base oedémateuse. Plis de flexion respectés. Au cœur, au poumon, pas de lésions appréciables.

27 juin. — Mort à 4 heures du soir. Quelques minutes après la mort, une ponction lombaire est pratiquée. On retire 1 cc³ de liquide limpide coulant goutte à goutte.

Autopsie le même jour, 3/4 d'heure après la mort. Rien d'important à signaler. Macroscopiquement, pas trace de tuberculose ou de syphilis. Foie = 120 gr. ; Rate = 10 gr. Des fragments du foie, de la rate, du rein, des capsules surrénales, du pancréas, des ganglions de l'aîne, des plexus choroides, sont fixés dans le formol. *Traités par la méthode de Levaditi*, on n'y trouve aucune lésion histologique importante. Pas de tréponèmes sur plusieurs coupes.

Deux plaques rétro-auriculaires assez profondément érosives sont examinées. Epiderme détruit et remplacé par une couche de polynucléaires très altérés. Nappe cellulaire inflammatoire banale, au-dessous ; pas d'infiltrats périvasculaires. Par la méthode de Levaditi, on n'y décèle aucun tréponème.

Ponction lombaire, 22 juin. — Disque albumineux plus abondant que normalement. *Lymphocytose légère.*

Deuxième ponction. Après la mort. Lcc' liquide limpide *Lymphocytose très abondante. Ensemencements négatifs.*

Observation 53. Dermite papuleuse flétrie. *Sur la vulve*, deux larges éléments papuleux érosifs *ressemblant cliniquement à des plaques muqueuses*. Poussées de dermite papuleuse et d'éléments érosifs à base oedémateuse se répétant à *plusieurs reprises* pendant deux mois. La dermite se flétrit quand l'enfant va plus mal. Recherche du tréponème négative sur des frottis et dans les coupes. Ponction lombaire. *Autopsie.*

Yvonne Per..., 14 mois, amenée à la consultation externe le 28 juin 1907.

Très mauvais état ; petite, chétive, figure ridée, maigreur extrême presque squelettique ; téguments très pâles ; fontanelles non soudées ; polymicroadénite ; foie débordant de deux doigts le rebord costal ; rate appréciable à la palpation. Deux incisives à chaque mâchoire. Nourrie au biberon

Dermite simple érodée du siège, sur laquelle se détachent une trentaine de papules affaissées, rougeâtres, flétries ou en voie de disparition.

Sur la vulve, deux papules dont toute la surface est érodée, larges de 8 à 10 mill., parfaitement arrondies, rouge brun. Bords légèrement soulevés. Induration du pourtour et de la base. Le diagnostic clinique de ces éléments est impossible à faire avec celui de plaques muqueuses papulo érosives

Le père et la mère sont interrogés et examinés. Aucune trace de syphilis actuelle ou antérieure. La mère n'a pas fait de fausses-couches.

Des *frottis* nombreux ne montrent aucun tréponème.

L'enfant est mise au *traitement mercuriel par frictions*, pendant huit jours. On les remplace ensuite par des *injections d'un centigramme de biiodure*, tous les deux jours, pendant quinze jours.

Après ce traitement intense, les éléments de la vulve sont dans le même état, un peu moins saillants cependant. L'érythème papuleux des fesses s'est encore un peu affaissé, mais persiste malgré des soins locaux. L'état de l'enfant, loin d'être satisfaisant, semble cependant un peu meilleur.

2 sept. — A l'occasion d'une entérite, l'enfant entre au pavillon Pasteur. Il a 15 mois et pèse 3 k. 600. Il y a environ six semaines que le traitement mercuriel a été cessé. On trouve encore facilement la trace des deux papules vulvaires, légèrement soulevées à leur pourtour. La dépression centrale avec épiderme rouge fané est bien visible (a).

A côté, des soulèvements papuleux larges, rappellent les premiers observés, mais ils sont un peu moins volumineux, et moins indurés (b).

3 sept. — On reprend le biiodure. Ponction lombaire.

La température reste aux environs de 37° jusqu'au 7 sept.

10 sept. — Cessation du biiodure. La température, oscillante et irrégulière, est de plus en plus élevée. Le 11 sept., 39°8. Puis, elle baisse progressivement et le 15, jour de la mort, elle est de 37°. Pendant tout son séjour à l'hôpital, l'enfant qui a eu de 2 à 4 selles par jour, a baissé progressivement de poids. Il pèse 3 k. 250.

Autopsie, le lendemain. — *Tuberculose étendue des deux poumons*. Ramollissement. Caverne de la grosseur d'une petite noix. Ganglions caséeux dans le médiastin et le mésentère.

Les méninges et le cerveau paraissent normaux.

Macroscopiquement, rien d'important à signaler ailleurs.

Aucune trace de syphilis.

Examen histologique. — (a) L'aspect des coupes est un peu différent de celui que présentent les papules fessières. Les bourgeons épidermiques interpapillaires ne sont pas hypertrophiés et développés en profondeur.

L'épiderme, sur toute la surface de l'élément, est au contraire aminci, ses couches superficielles disparues. La région sous-épidermique est très œdématisée : dilatations vasculaires assez considérables. La nappe cellulaire est peu serrée, sans aucun infiltrat péri-vasculaire. Beaucoup de polynucléaires bien conservés dans les vaisseaux et en dehors d'eux. Quelques plasmazellens.

(b) Bourgeons épidermiques deux fois plus longs que normalement. Papilles hautes et minces œdématisées ; dilatation des capillaires. Nappe cellulaire assez abondante mais peu serrée présentant quelques ébauches de manchons péri-vasculaires.

La moitié de cette papule traitée par la méthode de Levaditi, ne montre sur plusieurs coupes, aucun tréponème.

Ponction lombaire, 3 sept. — Disque d'albumine un peu plus important que normalement. *Lymphocytose discrète.*

Observation 54. — Reliquat d'une dermite papuleuse peu étendue. Dermite érosive à tendance papuleuse. Grandes papules érosives sur le prépuce avec œdème et déformation de la région. Ressemblance clinique de ces éléments avec des plaques syphilitiques. Examen histologique. Ponction lombaire : lymphocytose discrète.

Georges Feg..., 5 mois, entre à la Nourricerie le 23 juin 1907.

Bel enfant ; 4 k. 900 ; aucun stigmate de rachitisme ou de syphilis ; rate, foie, normaux ; ganglions inguinaux volumineux, durs, mobiles. Mis au biberon.

Dermite fessière simple très légère. Reliquat d'impétigo sur la région sacrée. Dermite érosive dont plusieurs éléments assez larges ont une base œdémateuse, sur les bourses. Sur le prépuce, œdème marqué, déformant

la région : trois vastes éléments saillants, à centre érodé, à base large, assez résistante. Aucune différence clinique avec une plaque muqueuse papulo-érosive de la même région. Sur les faces externe et antérieure des cuisses et dans le pli de l'aîne gauche, une douzaine d'éléments papuleux encore un peu indurés en voie de disparition.

Ponction lombaire.

26 juin. — Sur le siège, un petit nombre d'éléments érosifs jeunes dont quelques-uns ont une base congestive, à centre creusé à l'emportepièce, laissant exsuder une goutte de liquide citrin.

29 juin. — Ces éléments nouveaux se sont affaissés. Sur le siège, nappe uniforme rouge sombre. La saillie des papules préputiales a diminué : elles tendent à s'épidermiser : l'œdème sous-jacent n'est presque plus apparent.

L'enfant, très bien portant, est envoyé en nourrice. Selles, température, normales pendant son séjour.

Examen histologique. — Papule érosive du prépuce (Voir fig. 7). Vaste élément très papillomateux et relativement très infiltré. Papilles hautes avec dilatation vasculaire marquée. Œdème du corps papillaire visible même à la périphérie de l'élément. La nappe sous-épidermique est très riche : lymphocytes, polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, plasmazellens. Autour de plusieurs vaisseaux, constitution de véritables manchons périvasculaires. Mais cette nappe est limitée. Ces manchons n'ont qu'un développement restreint et ne se retrouvent pas dans la profondeur. L'élément dans son ensemble ressemble beaucoup à certaines plaques muqueuses peu infiltrées. Dans ces dernières, cependant, au-dessous de la lésion du corps papillaire et de l'épiderme, on observe une infiltration cellulaire bien autrement importante et à type spécial qui manque ici. Pas d'endartérite et de périartérite ; pas de plasmome syphilitique.

Ponction lombaire, 24 juin. — Disque albumineux un peu plus abondant que normalement. *Lymphocytose discrète.*

Observation 55. — Dermite papuleuse : éléments isolés et larges surfaces saillantes et indurées. Examen histologique. Recherche du tréponème négative. Ponction lombaire.

Yvonne Blonde..., 4 mois, entre à la Nourricerie le 17 juin 1907.

Enfant pâle, chétive ; 3 k. 600 ; gêne de la respiration nasale, ronfle un peu ; ganglions inguinaux gros, durs, mobiles. Mise au biberon.

Sur le siège, surfaces allongées parallèlement au sillon inter-fessier, très saillantes, très indurées ; érosives, mais déjà anciennes et recouvertes d'un épiderme neuf rouge brun (a). Ces surfaces sont visiblement formées par la juxtaposition et la réunion de papules isolées. Sur la face

postér. des cuisses, érythème érosif simple avec 3 à 4 papules types ; un élément volumineux sur la vulve.

18 juin. — Le lendemain, toute la partie médiane de la grande plaque centrale sur chaque fesse, est cicatrisée. Le tout est beaucoup moins induré et moins saillant : de sorte que les ponts oedémateux qui unissaient plusieurs papules pour constituer une surface unique, s'étant un peu déprimés et affaissés, les papules paraissent de nouveau isolées. Ponction lombaire.

22 juin. — Poussée nouvelle de dermite vésiculeuse vite érodée, sur les cuisses, les fesses et la marge de l'anus, par éléments isolés ou par placards à bords découpés ; la peau rouge et tendue a par places un aspect vermoûlu. Les éléments papuleux primitifs sont très diminués. Un épiderme jeune, blanc opaque, comme macéré, rétrécit de plus en plus le champ érodé rouge du sommet des papules. L'enfant est envoyée en nourrice. Température normale pendant son séjour.

Examen histologique. — (a) Extrémité d'une des plaques papuleuses. Saillie papuleuse peu marquée ; oedème papillaire ; congestion vasculaire assez intense. Nappe cellulaire banale et peu étendue. Par la méth. de Levaditi, pas de tréponème.

Ponction lombaire, 18 juin. — Disque albumineux voisin de la normale. *Lymphocytose légère.*

Observation 56. — Dermite papuleuse type, à larges éléments. Disparition en huit jours sans traitement spécifique. Ponction lombaire : forte lymphocytose.

Gabriel Narci .., 2 mois 1/2, entre à la Nourricerie le 25 juin 1907.

Bel enfant, bien portant ; 3 k. 960 ; petite hernie ombilicale ; nævus vasculaire tubéreux du cuir chevelu ; ganglions inguinaux à peine appréciables. Mis au biberon. Sur le siège, une quinzaine de papules ; quatre, au centre de la fesse, sont particulièrement larges et saillantes. Quelques-unes ont leur centre érodé ; les autres sont épidermisées. La peau est saine sur toute l'étendue du siège entre ces grosses papules.

26 juin. — Diminution des papules qui sont toutes épidermisées. Première ponction lombaire, blanche.

28 juin. — Plus de rougeur ; peau saine : la papulation persiste mais encore diminuée. Sur la malléole interne droite, ulcération à fond pseudo-membraneux, à bord rouge violet, une peu surélevé. L'enfant va très bien.

29 juin. — Le plus gros et le plus large des éléments papuleux de la fesse persiste encore : 4 ou 5 papules sont encore senties dans la profondeur par une palpation très attentive. Les autres, ne donnent qu'une perception confuse, un peu inégale, et apparaissent, quand l'enfant crie, comme des taches un peu plus violacées que la peau environnante.

Lymphocytose légère. L'épiderme y paraît comme trop vaste et plissé.
Deuxième ponction lombaire.

3 juillet — Une poussée de dermite simple apparue l'avant-veille a presque disparu. Aucune trace de la papulation primitive à l'œil ou au doigt. L'enfant est envoyé en nourrice le 13 juillet, bien portant ; température et selles normales pendant son séjour. 3 à 4 petites érosions à bases congestives sont apparues la veille de son départ.

Ponction lombaire, 29 juin. — Disque très important d'albumine. *Forte lymphocytose.*

Observation 57. — Dermite papuleuse congestive dont quelques éléments sont presque syphiloïdes, en voie de diminution. Ponction lombaire. Réaction nulle.

Jeanne Belest ., 3 mois et demi ; Crèche, 19 août 1907.

Enfant un peu pâle, mais bien développée, paraissant bien portante ; aucun stigmate ; rate, foie, normaux ; ganglions inguinaux gros, durs, mobiles ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux normal. *Réaction nulle.*

Observation 58. — Dermite papuleuse congestive en voie de disparition. Même aspect que dans l'observation précédente. Liquide céphalo-rachidien normal.

Nog... Madeleine, 10 mois ; Nourricerie, 11 nov. 1907.

Jumelle ; enfant en excellent état ; aucun stigmate ; 6 k. 400.

Ponction lombaire. — Disque albumineux plus important que normalement. *Réaction nulle.*

Observation 59. — Dermite papuleuse congestive paraissant avoir été assez étendue. En ce moment, elle est complètement épidermée et très peu saillante. Liquide céphalo-rachidien normal.

Nog... Marguerite, 10 mois ; Nourricerie, 11 nov. 1907.

Jumelle ; enfant bien développée ; 6 k. 300. Aucun stigmate, foie, rate-ganglions normaux.

Ponction lombaire. — Disque albumineux plus important que normalement. *Réaction nulle.*

Observation 60. — Dermite papuleuse en voie de disparition ; peu saillante, peu indurée. Ponction lombaire. Lymphocytose discrète.

Madeleine Lenoë., 5 mois et demi ; Nourricerie, 13 nov. 1907.

Jumelle ; enfant bien développée ; aucun stigmate ; ganglions inguinaux à peine perceptibles ; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux plus abondant que normalement. *Lymphocytose discrète.*

Observation 61. — Dermite papuleuse congestive en voie de diminution. Dermite vésiculeuse légère du cou et du tronc. Ponction lombaire.

Roger Mic..., 5 mois et demi ; Crèche, 25 juillet 1907.

Enfant bien portant, un peu pâle ; aucun stigmate ; ganglions axillaires appréciables.

Ponction lombaire. — Disque albumineux presque normal. *Lymphocytose légère.*

Observation 62. — Période terminale d'une dermite papuleuse ; quelques éléments ont une légère induration. Coryza muco-purulent. Très forte lymphocytose rachidienne.

Madeleine Flamm..., 9 mois ; Crèche, 21 août 1907

Aucun stigmate ; enfant de belle apparence ; ganglions, rate, foie, normaux. Coryza assez léger ; quelques croûtelles jaunâtres à l'orifice nasal.

Ponction lombaire. — Disque d'albumine normal. *Très forte lymphocytose* : A l'Immer. 40 éléments par champ. Dans chaque diamètre, on compte plus de 1.000 éléments.

Ce sont surtout des lymphocytes. Moyens mono en grande abondance ; quelques grands mononucléaires et polynucléaires. Presque pas de cellules endothéliales reconnaissables.

Observation 63. — Dermite papuleuse type. Papules isolées et papules fusionnées en larges plaques saillantes. *Plaque malléolaire externe.* Examen histologique. Recherche du tréponème négative. Ponction lombaire. *Autopsie.*

Rose Taravel..., 2 mois 1/2, entre à la Nourricerie, le 27 juin.

Très belle enfant, robuste ; 4 k. 820 ; aucun stigmate ; rate et foie normaux ; pas de ganglions appréciables. Mise au biberon.

Dermite papuleuse type ; papules de toutes dimensions, presque toutes érodées à leur centre, nombreuses et florides, occupant le siège, la face poster. des cuisses et des jambes. Plis de flexion respectés. Coexistence d'érythème vésiculo-érosif sur les cuisses et la marge de l'an.

Le mécanisme de la formation des grands placards saillants et indurés des cuisses est ici facile à saisir : Plusieurs papules érodées, très voisines, sont encore isolées. A côté, persistance du contour et de la saillie de quelques papules, alors que les voisines se confondent en une même plaque. Plus loin, une plaque longue et large, à épiderme mince et transparent au centre, à épidermisation plus avancée sur les bords, ne permet plus de reconnaître chacun des éléments qui ont contribué à la former.

Plaque malléolaire externe sur la jambe droite : ulcération à bords réguliers et nets, indurée au pourtour, s'abaissant progressivement de la périphérie au centre, creux de 2 à 3 mill. A la partie inférieure de la jambe, deux autres ulcérations de même type, sont déjà comblées. Ces trois éléments se continuent avec l'éruption papuleuse de la jambe, com-

posée de papules bien nettes, mais beaucoup moins saillantes que celles de la cuisse et des fesses.

28 juin. — A la cuisse, épidermisation blanche, violacée, d'aspect comme macéré, sur presque tous les points antérieurement érodés. Il en est de même aux fesses. L'érythème vésiculeux a le même aspect.

29 juin. — Dermite vésiculeuse apparaissant aux fesses entre les éléments papuleux qui persistent quoique diminués. Il forme des placards suintants par places.

L'élément de la malléole droite a beaucoup diminué d'étendue : il est brun violacé, recouvert d'une croûte desséchée ; semblable dans son ensemble aux érosions voisines de la jambe recouvertes également d'une croûte fine.

Ponction lombaire. L'enfant paraît aller assez bien, mais a perdu déjà 300 grammes. Selles normales. Température normale.

1^{er} juillet. — Même état. L'enfant est bien portante.

3 juillet. — Plis très fins de l'épiderme, sur et entre les éléments, et disposés par groupes parallèles. Il semble que l'épiderme distendu par la papulation soit maintenant trop vaste pour la surface qu'il recouvre. Les papules, surtout celles des cuisses, sont très affaissées.

4 juillet. — Temp. : 38°9 ; petit foyer de broncho-pneumonie

Retour à la normale en trois jours. Les selles depuis plusieurs jours sont mélangées ; il y a un peu de diarrhée.

Le 10 juillet, de nouveau 38°5. Des râles fins apparaissent pour la seconde fois aux bases. L'enfant est très amaigri ; vomissements fréquents. Toute la surface érythémateuse est affaissée ; il n'y a presque plus de saillie papuleuse. Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig.

L'enfant meurt le 12 juillet.

Autopsie. — Macroscopiquement, ni tuberculose, ni syphilis.

Poumons. — Emphysème très étendu ; foyer de broncho-pneumonie bien limité aux deux bases. Congestion des bases et des bords postérieurs à droite et à gauche.

Foie. — Toute la périphérie, sur 1 à 2 centim., est un peu jaunâtre. Le reste paraît normal.

Rate, reins, surrénales, pancréas, cerveau, méninges et plexus choroïdes paraissent normaux.

Des fragments de ces organes, sauf le poumon et le cerveau, fixés dans le formol et examinés histologiquement ne présentent aucune lésion intéressante. Traités par la méthode de *Levaditi*, ils ne montrent sur plusieurs coupes de chacun d'eux, aucun tréponème.

Examen histologique. — Élément fortement papuleux, légèrement érosif à son centre ; liquide de Dominici.

Élément assez fortement infiltré. Les papilles hautes et dilatées sont

recouvertes partout d'épiderme, mais très minces en quelques points. Les bourgeons interpapillaires sont triplés de volume. Par places, dans la partie des bourgeons voisine de la surface, œdème intercellulaire. Nappe cellulaire sous-épidermique serrée dépassant la limite des bourgeons : nombreux lymphocytes, plasmazellens assez abondantes. Dans la nappe, un certain nombre de petits manchons péri-vasculaires. Aucun dans la profondeur.

Un fragment de cette papule traité par la méthode de Levaditi, ne montre sur plusieurs coupes aucun spirille (pièce assez mal pénétrée).

Ponction lombaire, 29 juin. — Au moment où l'érythème papuleux est presque complètement disparu. Disque d'albumine normal. *Réaction très discrète, ou nulle.*

Observation 64. — Coexistence d'une dermite papuleuse type et d'une dermite érosive dont quelques éléments ont une base œdémateuse. Examen histologique. Ponction lombaire : lymphocytose discrète.

Violette Lecomte, 3 mois, entre à la Nourricerie le 8 juillet.

Enfant paraissant bien portante ; un peu pâle ; rate, foie normaux ; ganglions inguinaux petits et durs ; plis radiés saillants ; tibias un peu incurvés et épaissis sur leur bord antérieur. Mise au biberon.

Sur la face postérieure du siège, des cuisses et des jambes, dermite papuleuse à éléments moyennement développés, mais extrêmement serrés, notablement indurés (a).

9 juillet. — Dès le lendemain, l'éruption est flétrie, rouge sombre ; l'épidermisation est commencée. A côté, dermite érosive dont plusieurs éléments ont une base œdémateuse.

Première ponction lombaire.

13 juillet. — L'érythème érosif s'est amélioré. La papulation a diminué. Épidermisation.

15 juillet. — Sept jours après l'entrée, alors que l'affaissement des papules s'est encore accentué, deuxième ponction lombaire. L'enfant est envoyée en nourrice le même jour.

Examen histologique. — (a) Élément fortement papuleux ; surface entièrement recouverte d'un épiderme qui est normal à la périphérie, de formation rapide et inachevé au centre. Structure habituelle. Nappe cellulaire assez dense, contenant un assez grand nombre de polynucléaires bien conservés, dépassant un peu l'extrémité inférieure de bourgeons interpapillaires doublés ou triplés de volume. Très minimes infiltrats péri-vasculaires. Quelques amas bien limités de plasmazellens. Pas de manchon dans la profondeur.

Un fragment traité par la méthode de Levaditi, montre histologi-

quement, la même structure banale. Recherche du spirochète impossible (pièce mal pénétrée).

Il est à noter que *les deux lèvres de la biopsie* se sont soulevées, offrant une *résistance élastique* et une coloration rose pâle, assez analogues à celles des éléments papuleux œdémateux et congestifs.

Ponction lombaire, 9 juillet. — Disque d'albumine léger. Beaucoup de sang : interprétation impossible. Pas de grosse leucocytose cependant.

Deuxième ponction, 15 juillet. — Disque d'albumine moyen. *Lymphocytose discrète*.

Observation 65. — Dermite papuleuse congestive très diminuée. Deux placards de dermo-épidermite sur les joues, revêtant l'aspect ordinaire de l'eczématisation sèche de la face chez l'enfant. Ponction lombaire. Réaction légère.

Léon Lebr..., 5 mois ; Crèche, 5 août 1907.

Enfant bien portant. Epididyme droit légèrement augmenté de volume. Les 2 testicules sont normaux

Ponction lombaire. — Disque albumineux un peu plus important que normalement. *Lymphocytose légère*.

Observation 66. — Dermite papuleuse fessière peu développée et très diminuée. Dermite vésiculeuse érosive : dermite vésiculeuse du tronc avec infection secondaire : miliaire grise à éléments de toutes tailles, larges bulles d'impétigo. Ponction lombaire. Lymphocytose légère.

Philippe Car..., 10 mois ; Nourricerie, 13 juin 1907.

Bel enfant ; 7 kilos ; vigoureux, sans aucun stigmat.

Ponction lombaire, 22 juin. — Disque albumineux normal. *Lymphocytose très légère*.

Observation 67. — Dermite papuleuse très discrète, en voie de diminution. Ponction lombaire : Lymphocytose légère. *Autopsie*

Pierre Georg..., 8 mois ; Crèche, 23 juin 1907.

Bel enfant très bien portant ; aucun stigmat de syphilis ; rate, foie, ganglions, normaux. Incurvation légère des tibias ; un peu d'épaississement des poignets. Envoyé à Châtillon, sa santé est bonne pendant quelques jours, puis il est atteint de gastro-entérite. Après une amélioration passagère, il succombe le 30 juillet.

A l'autopsie, macroscopiquement, aucune lésion tuberculeuse ou syphilitique. Les méninges, les plexus choroïdiens, le cerveau et la moelle paraissent normaux.

Ponction lombaire, 23 juin. — Disque albumineux normal. *Lymphocytose légère*.

Observation 68. — Dermite papuleuse congestive, légèrement indurée ; peu étendue ; en voie de disparition. Lymphocytose rachidienne discrète.

René Beneyt..., 4 mois : Nourricerie, 25 juillet 1907.

Très bel enfant ; pas de stigmate ; ganglions, rate, foie, normaux.

Ponction lombaire. — Disque albumineux = 1. NaCl = 7 gr. par litre. *Lymphocytose discrète.*

Observation 69. Dermite érosive à base congestive ; faiblement saillante ; en voie de diminution. Eléments entièrement épidermisés actuellement. Quelques-uns à la région crurale antérieure et à la partie inférieure de l'abdomen. Réaction discrète du liquide céphalo-rachidien.

Sol. Henri, 7 mois et demi ; Nourricerie, 9 nov. 1907.

Enfant bien portant ; aucun stigmate.

Ponction lombaire. — Disque albumineux presque normal. *Lymphocytose très discrète.*

Observation 70. — Dermite papuleuse épidermée et en voie de disparition. Ponction lombaire : Lymphocytose discrète.

Simone de Font .., 11 mois. entre à la Nourricerie le 24 octobre.

Très belle enfant, normalement développée ; 8 k. 460 ; ganglions, rate, foie, normaux ; pas d'otite ; aucun stigmate. Envoyée en nourrice le 30 oct.

Ponction lombaire, 24 oct. — Disque albumineux normal. *Lymphocytose discrète.*

Observation 71. Reliquat d'une dermite ayant été probablement papuleuse : maculo-papules affaissées. Lymphocytose rachidienne très discrète.

Capell..., 1 an ; Nourricerie, 19 juillet 1907.

Belle enfant ; aucun stigmate ; petits ganglions inguinaux durs.

Ponction lombaire, 1^{er} août. — Disque albumineux = 1. *Très discrète lymphocytose.*

Observation 72. — Dermite érosive assez étendue dont quelques éléments ont une base oedémateuse. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Marie-Louise Bouliss..., 3 mois 1/2 ; Nourricerie, 31 juillet 1907.

Belle enfant ; 4 kg. 600 ; aucun stigmate ; foie, rate, ganglions, normaux. Coryza extrêmement léger qui disparaît rapidement ; pas d'otite ; à son arrivée, l'enfant est un peu pâle ; temp. normale.

Première ponction lombaire : Inutilisable à cause de la présence de sang ; elle est faite le 4 août.

Pendant la journée du 5, l'enfant tousse ; à l'auscultation, respiration un peu rude, sibilances. Temp. matin et soir = 39°. Le lendemain, matin. Temp. = 38°5 ; le soir, 37°.

Deuxième ponction, le surlendemain, 7 août : l'érythème est très amélioré.

Disque d'albumine normal. *Pas de réaction.*

Observation 73. -- Dermite papuleuse à petits éléments épidermisés et en voie de diminution. Dermite vésiculeuse érosive. Ponction lombaire : Réaction nulle.

René Troud..., 2 mois et demi; Crèche, 28 juin 1907.

Enfant en bonne santé; aucun stigmate.

Ponction lombaire. — Disque albumineux normal. *Réaction nulle.*

Observation 74. -- Reliquats d'une dermite papuleuse moyennement étendue. Elle redevient érosive pendant le séjour de l'enfant. Au cours de trois ponctions, pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Pauline Schopp..., 5 mois. Nourricerie, 31 août 1907.

Très belle enfant, robuste; aucun stigmate.

Première ponction, 31 août. — Disque albumineux plus important que normalement. Quelques lymphocytes : *Réaction nulle* ou discrète.

Deuxième ponction, 12 sept. Erosions nouvelles sur les anciens éléments réduits à l'état de macules. — Disque albumineux. (*id.*). *Réaction nulle.*

Troisième ponction, 24 sept. — L'enfant est très bien portante; sa dermite est guérie. On l'envoie en nourrice. — Disque d'albumine, *id.* *Réaction nulle* ou très discrète.

Observation 75. — Dermite papuleuse assez étendue, en voie de disparition. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Eléonore Barill..., 2 mois; Nourricerie, 29 août 1907.

Très belle enfant; 3 k. 800; aucun stigmate; ganglions normaux; pas d'otite.

Première ponction, 29 août. — *Accidentellement*, quelques gouttes de sang tombent dans le tube; le liquide est inutilisable.

Deuxième ponction, 31 août. — Disque albumineux : 1. *Pas de réaction.*

Observation 76. — Reliquat d'une dermite papuleuse assez étendue : maculo-papules très légèrement saillantes, rougeâtres. Ponction lombaire : réaction nulle.

Alice Guér..., 8 mois; Crèche, 8 août 1907.

Belle enfant; aucun stigmate; rate, foie normaux; quelques ganglions perceptibles dans l'aîne; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux normal. *Réaction nulle.*

Observation 77. — Reliquat d'une dermite papuleuse peu étendue : maculo-papules rougeâtres. Traces d'une dermite vésiculeuse érosive : Ponction lombaire : Réaction nulle.

Germaine Barth..., 3 mois; Crèche le 8 août 1907.

Très belle enfant, sans aucun stigmate; rate, foie, ganglion, normaux; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux normal. *Réaction nulle.*

Observation 78. — Dermite papuleuse à petits éléments flétris, entiè-

rement épidermisés; maculo-papules. Ponction lombaire. Réaction nulle.

Geig..., 2 mois; Nourricerie, 14 nov. 1907.

Enfant malingre; températ. au-dessous de la normale. Aucune stigmata; pas d'otite.

Ponction lombaire. — Disque albumineux normal. *Réaction nulle.*

Observation 79. — Dermite fessière en nappe fortement saillante et congestive; poussée aiguë survenant en quelques heures, sous l'influence d'un *changement d'alimentation*, sur un érythème simple déjà existant. Sur les cuisses, vésicules aberrantes déjà anciennes, en peau saine. Examen histologique.

Anna Schulm, 17 jours, entre à la Nourricerie le 25 sept.

Belle enfant; 4 k.; selles normales; aucun stigmat.

La veille au soir, éryth. simple du siège, assez prononcé, mais en voie de guérison. Reçue d'abord à la Crèche et mise au biberon. Sous l'influence du changement de lait, en 24 heures, durée de son séjour à la Crèche, forte poussée congestive.

Près de l'anus et sur le sommet des fesses, surface érythémateuse déjà un peu ancienne, granuleuse, avec de petits pertuis qui suintent un peu. Par places, dermo-épidermite œdémateuse en nappe, tendue et fortement soulevée, difficile à plisser. En quelques points, un épiderme neuf, mince et lisse, apparaît. A côté, assez vastes surfaces suintantes où le derme est à nu. Ce ne sont plus quelques éléments érosifs, c'est la nappe érodée presque tout entière, qui s'est laissée soulever par la congestion et l'œdème (a).

L'érythème s'étend sur toute la face interne des jambes et des cuisses. C'est une surface érythémateuse fanée, un peu violacée. De loin en loin, quelques vésicules érodées ou non. A distance, en peau saine, quelques vésicules isolées, de toutes les tailles, à contenu louche; quelques-unes ont été assez volumineuses, et sont maintenant aplaties, à toit flétri, plissé et paraissent anciennes.

30 sept. — L'enfant part en nourrice, très bien portante.

Examen histologique. — (a) Sommet de la fesse, en pleine nappe saillante et érodée. Infiltration et surtout œdème considérable du corps papillaire qui atteint la surface.

(b) Débris granuleux en amas dans la couche cornée soulevée. Au Gram, dans l'amas, quelques groupes de fins cocci de différentes tailles.

Observation 80. — Dermite vésiculo-érosive. Quelques éléments érosifs simples ont une base œdémateuse et congestive. *Disparition brusque* quand l'enfant nourri d'abord au biberon, est mis au sein.

Gaston Kell., 1 mois, entre à la Nourricerie le 25 juin.

Bel enfant; 4 k. 150; mis d'abord au biberon.

Erythème vésiculo-érosif type; fesses, marge de l'anus, face postérieure des cuisses; composé de petites vésicules presque toutes érodées. La plu-

part ont gardé leur individualité. Quelques-uns de ces points se sont élargis ; leur surface est ovale, arrondie, en croissant ; ils sont tous plans ou à peine saillants, suintants.

26 juin. — La plupart des petits éléments sont encore individualisés ; mais ils ne sont plus rose vif et suintants. Ils sont maintenant rouge brun foncé et tendent à se confondre avec le reste de l'éruption. Aucune trace de papulation ou d'induration.

28 juin. — A la périphérie et même au centre de quelques-uns des placards irréguliers, l'épidermisation gagne rapidement. Cependant d'autres placards sont de nouveau très suintants et rose vif. Quelques éléments isolés ont une base congestive.

29 juin. — Les éléments précédents, figurés sur un schéma, sont dans le même état. Mais d'autres éléments voisins ou éloignés présentent maintenant cette même saillie.

1^{er} juillet. — L'enfant est mis au sein.

3 juillet. — Deux jours après, guérison complète. Le siège tout entier est épidermisé, de couleur et d'apparence normales. L'enfant, très bien portant, est envoyé en nourrice le 23 juillet.

Observation 81. — Dermite érosive dont quelques éléments ont une base congestive. Conservation de quelques vésicules intactes à la périphérie. Dans le fond de quelques érosions plus larges et plus profondes, à l'emporte-pièce, le derme à nu semble légèrement saillant. Examen histologique.

Adrienne Delan..., 15 jours, entre à la Nourricerie le 11 juin.

Belle enfant ; 2 k. 880 ; mise au sein. Selles mélangées.

Erythème vésiculo-érosif recouvrant le siège et la face postérieure des cuisses. Parmi la multitude des petits points rouges érosifs qui le constituent, quelques-uns reposent sur une base congestive nettement appréciable au toucher. D'autres, sont de véritables ulcérations à l'emporte-pièce, larges de 2 à 5 mill., recouvertes d'une gouttelette séreuse. Dans le fond rouge des ulcérations les mieux dessinées, on aperçoit comme un soulèvement un peu irrégulier du derme (a).

A la périphérie, petits points érosifs à peine saillants. A la limite extrême, vésicules intactes. Sur et dans un pli, à la moitié environ de la hauteur de la cuisse, petit placard érosif, suintant, avec vésicules miliaires à contenu louche ou purulent.

18 juin. — Sept jours après, érythème simple, léger ; seulement quelques érosions disséminées, parmi lesquelles une dizaine environ sont encore un peu creusées, violacées. Amélioration considérable dans l'ensemble. Deux ou trois éléments ont une légère saillie.

22 juin. — Le siège est épidermisé, guéri, dans son entier. L'enfant part en nourrice trois jours après, bien portante, pesant 3 k. 100. Elle a

eu des selles mélangées pendant la plus grande partie de son séjour.

Examen histologique. — (a) Élément largement érodé. Bourgeons inter-papillaires augmentés de volume ; congestion papillaire marquée ; infiltration banale. Pas de véritable saillie dermique, malgré l'apparence clinique due probablement à la forte congestion des papilles dont un grand nombre atteignent presque la surface.

Observation 82. — Dermite papuleuse : petits éléments à base congestive, bien développés et saillants, avec un *disque parakératosique* périphérique. À côté vésicules *érodées* et vésicules *intactes de mêmes dimensions* mais sans base congestive. Examen histologique.

Hélène Pilh..., 10 mois 1 $\frac{1}{2}$, entre à la Nourricerie le 13 octobre.

Très belle enfant ; 7 k. 700 ; mise au biberon ; selles normales.

Sur le siège, d'un côté, quatre à cinq éléments érosifs, en peau saine, reposant sur une base congestive. Le centre en est érodé, mais déjà recouvert d'un épiderme mince. À la périphérie, mince arrête cornée, blanche légèrement soulevée : restes des parois de la vésicule. Le revêtement superficiel du sommet de l'élément est ferme, assez dur à l'ongle. C'est la couche parakératosique décrite par Sevestre autour de quelques papules. Quelques autres éléments sont complètement épidermisés.

Dé l'autre côté, vésicules rompues dont les parois persistent encore. Elles n'ont pas de base congestive. Elles sont de même taille que les précédents éléments. Enfin, sur les cuisses et la vulve, vésicules à contenu grisâtre, intactes, assez larges, de mêmes dimensions que les éléments des fesses.

Examen histologique. — Fragment du centre de la fesse comprenant une petite papule dure, épidermée ; à côté, un élément peu saillant, sur base oedémateuse, à centre légèrement érodé et recouvert d'un épiderme rouge foncé très mince. À la périphérie, bourrelet anémié, blanc légèrement rose, recouvert d'un épiderme assez épais, sec, semblable à celui des éléments voisins. Sur ces derniers, on enlève d'un coup d'ongle toute la partie superficielle cornée). Lésions banales. Disque épais de parakératose superficiel.

Observation 83. — Dermite papuleuse type : papules fortement saillantes à base surtout congestive, à surface largement érodée. Éléments à base congestive : formes de transition. Examen histologique. Recherche du tréponème, négative.

Marguerite Pfls..., 8 mois, entre à la Nourricerie le 13 juillet.

Très belle enfant ; 7 k. 100 ; très bien portante ; aucun stigmat.

Rougeur diffuse du siège. Une vingtaine de larges papules érosives, très saillantes. Entre ces papules types et l'érythème érosif simple à base à peine appréciable, existent tous les intermédiaires comme saillie et induration. L'enfant est rendue à ses parents le lendemain.

Examen histologique. — Papule modérément développée, à centre lar-

gement exulcère. Bourgeons épidermiques relativement peu volumineux à la périphérie, présentant quelques points de spongieuse. Au centre, épiderme disparu par places, montrant le derme à nu. Il est très œdémateux et ses vaisseaux sont très dilatés. Nappe cellulaire lâche, banale, très peu importante. Aucun infiltrat péri-vasculaire. Polynucléaires très bien conservés autour des vaisseaux et dans leur lumière. A la surface de l'érosion, on n'observe ni débris, ni amas leucocytaires, ni croûte. Ce qui frappe, c'est l'œdème et la congestion des parties superficielles du derme.

Un fragment, traité par la méthode de Levaditi, et, histologiquement, tout à fait banal, ne montre sur les coupes aucun spirille.

Observation 84. — Dermite vésiculo-érosive dont quelques éléments sont saillants, à base œdémateuse (papule congestive). Examen histologique. Ponction lombaire : Forte lymphocytose.

Alphonse Led..., 3 mois 1/2, entre à la Nourricerie le 27 juin.

Enfant superbe ; 5 k. 950 ; sans aucun stigmate ; mis au sein.

Sur les cuisses, très fine vésiculation érodée déjà ; nombreux pertuis isolés, rouges, suintants.

Sur les fesses, rougeur diffuse, piquetée de points érosifs fins, mais parsemée de points beaucoup plus gros, à travers lesquels on voit le derme à nu, entouré d'un très léger bourrelet reposant lui-même sur une base rosée, congestive, qui fait la papulation perceptible au doigt, peu profonde et facilement dépressible.

28 juin. — Persistance des petites papules congestives qui ne se sont pas accusées davantage. Dans l'ensemble, amélioration. Tout est épidermisé, sauf quelques surfaces linéaires irrégulières.

29 juin. — *Id.* L'enfant est très bien portant. Ponction lombaire.

1^{er} juillet. — Pas d'ictère cliniquement appréciable des téguments et des muqueuses. Les urines n'ont pas été examinées.

Les surfaces érodées ne se sont pas étendues. Disparition de la papulation congestive.

2 juillet. — Très bon état : presque toute la surface cutanée du siège est épidermisée.

5 juillet. — L'enfant est envoyé en nourrice, très bien portant, n'ayant pas eu de fièvre pendant son séjour.

Examen histologique. — (a) Sur la racine de la cuisse, à la face postérieure, une tache d'un rose fané, non suintante, présentant un petit élément érosif simple, rouge foncé, aberrant.

Dermo-épidermite légère. Œdème des couches malpighiennes supérieures ; spongieuse ; érosion minuscule : *puits intra-épidermique* formé par deux ou trois papilles atteignant la surface de l'élément. A côté,

debut de la nappe érythémateuse : léger œdème papillaire et exagération des bourgeons épidermiques ; parakératose disséminée (V. figure 3).

(6) Une papule fessière, modérément saillante, à base œdémateuse, assez fortement érodée. Papulation peu marquée. Bourgeons épidermiques à peine doublés de volume. Papilles œdémateuses avec quelques dilatations vasculaires. Quelques unes affleurent la surface, seulement recouvertes par une couche de sérum contenant des débris de polynucl. Points de spongieuse dans les couches épidermiques voisines. La granuleuse y fait défaut et les couches cornées superficielles sont parakératosiques. Nappe cellulaire insignifiante.

Ponction lombaire, 29 juin. — Liquide légèrement teinté de jaune. Disque d'albumine un peu plus marqué que normalement. Pigments biliaires décelés par l'acide nitrique et le spectroscope. Quelques glob. rouges. *Forte lymphocytose*. Lymphocytes en majorité ; en abondance, des moyens et grands mono, et des cellules endothéliales.

Observation 85. — Dermite vésiculo érosive en pleine éruption ; quelques éléments ont une base œdémateuse, éléments papulo-congestifs. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Henriette Tarp..., 5 mois ; Crèche, 28 juin 1907.

Enfant chétive ; aucun stigmate ; rate, foie, normaux ; volumineux ganglions inguinaux.

Ponction lombaire. — Disque d'albumine normal. *Pas de réaction cellulaire.*

Observation 86. — Dermite simple très légère. Lymphocytose rachidienne discrète.

André Lég..., 6 mois ; Crèche, 24 juillet 1907.

Très bel enfant ; aucun stigmate ; ganglions, foie, rate, normaux ; pas d'otite.

Il existe seulement une légère rougeur aux plis de l'aîne et aux cuisses ; quatre petits éléments érosifs à base un peu œdémateuse sur le scrotum.

Ponction lombaire. — Disque albumineux = 2 *Lymphocytose discrète.*

Observation 87. — Dermite vésiculo-érosive très discrète. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien discrète.

Thomas Rob..., 40 jours. Crèche, 42 juillet 1907.

Aspect normal ; aucun stigmate ; ganglions, rate, foie, normaux.

Ponction lombaire. — Disque albumineux = 2. *Lymphocytose discrète.*

Observation 88. — Dermite vésiculeuse légère. Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Charles Rac..., 3 mois 1/2 ; Nourricerie, 19 oct. 1907.

Une petite plaque érosive, non ourlée, à la face postérieure de l'hélix. Aucun stigmate ; foie, rate, normaux ; petits ganglions peu nombreux aux aines et au cou ; pas d'otite ; températ. normale.

Ponction lombaire. — Disque albumineux = 4. Réaction nulle.

CONCLUSIONS

Dans les pages qu'on vient de lire, nous nous sommes efforcé de déterminer la part que divers auteurs avaient prise à l'étude des *dermites* infantiles.

Parrot les avait divisés en deux groupes : les érythèmes vésiculeux, les érythèmes papuleux en méconnaissant d'ailleurs le lien qui les unit. Des érythèmes papuleux il fit ensuite « sa » *syphilide lenticulaire*. *M. Jacquet* découvrit la subordination matérielle de ces deux groupes et maintint, contre *Parrot*, la signification banale et non spécifique de la « *dermite papuleuse* ».

L'étude clinique des érythèmes infantiles n'était donc pas à faire : nous l'avons reprise cependant, de façon succincte, pour souligner l'*analogie de cette éruption avec le processus eczématiforme*, et pour montrer, sous un jour peut-être un peu particulier, la façon dont se constituent les érythèmes papuleux.

Nous avons cherché ensuite à établir aussi exactement que possible, les *modalités anatomiques* de ces différentes variétés ; à montrer qu'avec des différences d'importance secondaire, leurs lésions essentielles, *eczématiformes*, étaient partout les mêmes ; à *limiter* le rôle de l'infection cutanée.

Nous nous sommes attaché enfin à montrer que par l'étude anatomique et bactériologique des cas difficiles, on bénéficie d'un supplément d'informations qui peut être d'un réel secours pour aider à *différencier* une éruption papuleuse syphiloïde d'une éruption syphilitique.

Les *conclusions* suivantes résument les quelques points que nous avons voulu préciser :

1. Les éruptions érythémateuses, vésiculeuses et érosives, désignées habituellement sous le nom d' « Erythèmes des nouveau-nés », sont des *dermo épidermites* (Jacquet) qui présentent *cliniquement* et *anatomiquement* la plus grande ressemblance avec les *lésions* eczématiformes. Dans certaines régions, des causes secondes, frottements, macération, action irritante des matières et des urines, infection surajoutée, modifient leur apparence. Partout on peut retrouver, sous la déformation ou la complication accidentelles, les caractères morphologiques et histologiques fondamentaux du groupe *eczéma*. Ces dermites constituent des *réactions cutanées* analogues.

2. Entre la variété érosive et la variété papuleuse dont l'étude clinique a été faite d'une façon complète et minutieuse par M. Jacquet, il est facile d'observer tous les *termes de transition*. Ce sont des éléments érosifs simples, des érosions légèrement saillantes à base congestive, des papules en miniature surtout œdémateuses, à évolution rapide. Tous ces types de passage ont les mêmes caractères anatomiques essentiels : hyperacanthose, dilatation des capillaires dermiques avec transsudation de sérosité et diapédèse. Il n'y a, entre ces éléments, que des *différences de degré* dans l'énergie de la réaction dermique.

3. Dans les plus *syphiloïdes* de ces dermites papuleuses, l'examen histologique ne montre dans l'épiderme et le corps papillaire que ces mêmes lésions banales. Et dans la nappe cellulo-vasculaire de la région dermique, on ne trouve aucun des caractères propres aux lésions syphilitiques. D'ailleurs, dans tous les cas où nous avons, à titre de contrôle, recherché sur frottis et sur coupes, le tréponème pâle, toujours cette recherche a été négative, et l'inoculation au siège tentée une fois a également échoué.

4. On ne doit pas compter d'une façon absolue sur la *ponction lombaire* pour établir le diagnostic entre deux éruptions

papuleuses, l'une syphilitique, l'autre syphiloïde. Les dermites infantiles, surtout les dermites papuleuses *florides*, s'accompagnent assez souvent en effet, d'une lymphocytose méningée.

5 En certaines régions, ces dermites et, en particulier, les dermites vésiculeuses *s'infectent* d'une façon presque constante. Mais l'infection reste en général très superficielle et dans tous les cas, elle est *secondaire*, accidentelle. Elle ne suffit ni à expliquer la transformation papuleuse des éléments érosifs, ni à conditionner à elle seule l'éruption.

6. L'irritation cutanée produite par les selles a un rôle manifeste dans la production des érythèmes. Cependant, *par elles-mêmes*, elles ne donnent qu'une dermite traumatique, superficielle et passagère, qu'on ne peut leur comparer. Elles provoquent peut être leur apparition et les *localisent* plus fréquemment sur certains sièges d'élection. Elles contribuent aussi à *modifier* leur apparence par l'infection et la macération qu'elles favorisent.

7. L'étiologie de ces dermo-épidermites reste obscure. Il semble cependant qu'on doive les rapprocher des affections cutanées d'origine auto-toxique, le plus souvent à point de départ intestinal. Elles peuvent donc, à plus d'un titre, comme M. Hutinel nous l'a fait observer, être rangées à côté des eczémas, des eczématisations des enfants plus âgés et des adultes. Elles en sont, chez le nourrisson, l'équivalent.

VU :

Le Président de la thèse
HUTINEL.

VU :

Le Doyen
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité classiques des maladies de l'enfance.

- AUBERT. — Les éryth. de la région fessière chez les enfants en bas-âge, *Th. Bordeaux*, 1893.
- BELÈTRE. — Le liquide céphalo-rachid. des syphilitiques. *Th. Paris*, 1902.
- BESNIER. — Syphilides et syphiloïdes infantiles. *Bull. médic.*, 1887, p. 432 et *Ann. de Dermat.*, 1889.
- BERRE. — Etude clinique sur l'hérédo-syphilis à forme fruste chez les nourrissons, *Th. Paris*, 1900.
- BOUCHUT. — Maladies des nouveau-nés. 1883.
- BROCQ. — La question des eczémas. *Ann. de Dermat.*, 1900.
— L'eczéma dans les différents âges. *Ann. de Dermat.*, 1903.
— *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, 2 vol. 1907.
- COMBY. — Diagn. et traitement de la syphilis congénitale, *Méd. Mod.*, 29 oct. 1898.
- CONCETTI. — Sur les méningites aiguës non tuberculeuses chez les enfants. XIII^e Congrès de méd. Paris, 7 août 1900, in *Ann. de méd. et de chir. infantiles*, 15 oct. 1900, p. 790.
- DARIER. — Anatomie pathol. de la syphilis tertiaire in *Traité de la syphilis*. Fournier, t. II, fasc. 1. — Anat. pathol. générale de la peau, *Prat. dermatologique*, t. I.
- DELESTRE. — Etude sur les infections chez le prématuré. *Th. Paris*, 1901.
- DESHAYES. — Contrib. à l'étude de la méningite cérébro-spinale otitique. *Paris Th.*, 1907.
- DIDAY. — In *Dict. Dechambre* 3^e série, t. XIV, p. 590.
- FOURNIER. — *Traité de la Syphilis et Bullet. médic.*, 1889.
- FOURNIER (Ed.). — Les stigmates hérédo-syphilitiques.
- GASNE. — Localisations spinales de la syphilis héréditaire. *Th. Paris*, 1897.
- HUTINEL. — *Sem. méd.*, 22 juin 1892.

- HUTINEL. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1902.
- *Traité de méd. et de thérap.* Brouardel et Gilb., t. IX, 1902. Article méningites.
- HUTINEL et LABBÉ. — *Arch. gén. de méd.*, déc. 1896.
- JACQUET. — Des éryth. papuleux fessiers post-érosifs. *Rev. des mal. de l'enf.*, 1886, p. 208.
- Des syphiloïdes post-érosives. *Th. Paris*, 1888.
- Des manifestat. de la syphilis hérédit. précoce. *Gaz. des hôpit.*, 1889, p. 522.
- Dermites infantiles simples. *Traité des maladies de l'enfance*, 2^e édit., t. IV, et *Prat. Dermatologique*, t. I.
- JAMBON. — Le tréponema pallidum de Schaudinn dans les tissus des hérédo-syphilitiques. *Th. Lyon*, juillet 1906 et *Prov. médicale*, 6 oct. 1906.
- JEANSELME et BARBÉ. — Contrib. à l'étude de la ponct. lombaire chez les syphil. *Soc. Biol.*, 25 mai 1907.
- LEBARD. — Sur un type d'érythème fessier évoluant chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique. *Thèse de Bordeaux*, janvier 1905.
- MANOUX. — La syphilis nerveuse latente et les stigmates nerveux de la syphilis, *Th. Paris*, 1904.
- MARFAN. — De l'hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur dans le diagn. de cette maladie. *XIV^e congrès de médéc. Madrid*, avril 1903, in *Arch. de méd. et de chir. infantiles*, 15 mai 1903.
- MÉNAHEM HODARA. — *Monatshefte für prakt. Dermat.* Bd XXVI, n. 7, 1^{er} avril 1898, p. 331. On trouvera une traduction très étendue de ce mémoire dans l'article de L. Jaquet, les Dermites infantiles simples, *loc. cit.*
- MONOD. — Les réactions méningées chez les enfants. *Th. Paris*, 1902.
- MOUSSOUS. — *Rec. de leç. cliniques sur les maladies de l'enfance*, 1893.
- Erythème fessier et eczéma séborrhéique. *Arch. de méd. des enfants*, février 1908.
- NAGLOTTE et LÉVY-VALENSI. — Numération directe des éléments cellulaires du liq. céph. rachidien ; limites physiologiques de la lymphocytose (56 observat.). *Soc. Biol.*, 7 déc. 1907.
- NOBÉCOURT. — *Soc. de pédiatrie*, oct. 1904.
- NOBÉCOURT et BRELET. — *Soc. de pédiatrie*, nov. 1905.
- NOBÉCOURT et VOISIN. — La ponct. lombaire dans les infections broncho-pulmonaires des enfants, *Soc. de pédiatrie*, 17 mars 1903.
- Pathogénie des troubles méningés au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire. *Gaz. des hôpit.*, 30 avril 1904.

- NOBÉCOURT, VOISIN et VITRY. — La ponct. lombaire dans la thrombose des sinus et l'hémorragie méningée consécutive, *Soc. de Péd.*, 17 nov. 1903.
- PARROT. — *Leçons sur l'Athrepsie*, 1878.
- Syphilis héréditaire et rachitis, 1886.
- RAVAUT. — Etude cytolog. du liquide céph. rachid. de syphil. *Ann. de Dermat.* janv. 1903.
- Le liq. céph. rachid. des syphilitiques en période secondaire, *id.* juillet 1903.
- Le liq. céph. rachid. des hérédo-syphilitiques, *id.* 1907.
- RAVAUT et DARRE. — Contribution à l'étude des herpès génitaux; étude du liq. céph. rachidien. *Gaz. des hôp.*, 15 oct. 1903.
- Etude des réact. méningées dans un cas de syphilis héréditaire, *Gaz. des hôp.*, 12 février 1907.
- RAVAUT et PONSSELLE. — Recherches sur la présence du spiroch. pallida dans le syst. nerveux de l'homme au cours de la syphilis acquise ou héréditaire. *Soc. médic. des hôp.*, 13 déc. 1907.
- SABOURAUD. — Etude sur l'Impétigo *Ann. de Dermat.*, janvier, mars, avril 1900.
- Articles Ecthyma, Impetigo, in *Pratique Dermatol.* T. I et II.
- SALMO. — Fréquence de la mastoïdite chez les nourrissons. *Th. Paris*, 1906.
- SEVESTRE. — Des éryth. fessiers chez les enfants du premier âge. *Sem. médic.*, 1887, p. 417.
- De l'éryth. papuleux des fesses chez les jeunes enfants. *Soc. médic. des hôp.* 1887, p. 450.
- Etudes de clinique infantile, in *Progrès médical*, 1889.
- THIBIERGE, RAVAUT et LE SOURD. — Le spirochète pallida de Schaudinn et le diagn. de la syphilis. *Soc. méd. des hôp.*, 6 avril 1906.
- TOBLER. — Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1906, T. LXIV fasc. 1.
- TROUSSEAU et DELPECH. Du muguet chez les enfants à la mamelle. *Journal de méd.*, 1845.
- VALLEIX. — Clinique des maladies des enfants nouveau-nés, 1838.
- WIDAL et LUTIER. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, *Soc. méd.* 11 févr. 1902.
- WIDAL et RAVAUT. — Cytologie du liq. céphalo-rachidien. *Tr. de Patho. générale de Bouchard*. T. VI, p. 614, 1903.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Dermites eczématiformes	5
CHAPITRE II. — Dermite papuleuse	14
CHAPITRE III. — Etude histologique	25
Dermite érythémateuse simple	26
Dermite érosive	27
Dermite vésiculeuse	30
Dermites papuleuses	34
CHAPITRE IV. — Eléments du diagnostic positif et différentiel des dermites papuleuses	41
A. — Diagnostic clinique	41
B. — Diagnostic bactériologique	44
C. — Diagnostic anatomique	46
D. — La réaction du liquide céphalo-rachidien dans les der- mites infantiles. La ponction lombaire ne peut servir à leur diagnostic	48
CHAPITRE V. — Etiologie des dermites des nourrissons	59
A. — Rôle de l'infection cutanée dans la production des dermites infantiles	60
B. — Rôle des selles et des urines dans la production des érythèmes infantiles	64
OBSERVATIONS	115
CONCLUSIONS	115
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	119

